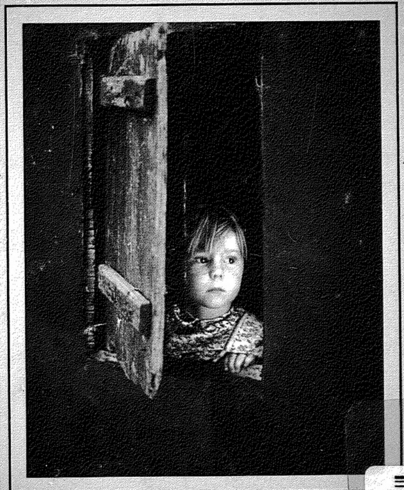
الطفل وعالمه النفسي





محمد النابلسي

الشركة العالمية للكتاب

الطفل
وعالمه النفسي

الطفل وعالمه النفسي

صف. إخراج وتنفيذ قسم الكمبيوتر في الشركة العالمية للكتاب

طبع في لبنان

الشركة العالمية للكتاب
فاكس: ٣٥١٢٢٦ ١ ٩٦١
ص.ب: ٣١٧٦-١١
بيروت - لبنان

النابلسي، محمد
الطفل وعالمه النفسي، محمد النابلسي، الطبعة الأولى

ISBN 1-55206-054-3

الطفل وعالمه النفسي

تأليف

مجموعة من الباحثين

المحرر

د . محمد أحمد النابلسي

استاذ في الطب النفسي

رئيس «مركز الدراسات النفسية»

رئيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية

رئيس تحرير مجلة الثقافة النفسية



المقدمة

الترجمة تأليف بحد ذاتها . فالمترجم ينتقي النص الذي يترجمه وفقاً لدوافع ومنطلقات شبيهة بدوافع ومنطلقات التأليف . من هنا كان حضور المترجم من خلال انتقائه للنصوص اوضح واطغى من حضور اسلوبه كمترجم .

هذا الكتاب هو حصيلة عملية انتقاء ذات مراحل متعددة ، ففي مرحلة أولى انتقى المؤلفون مواضيعهم والمترجمون نصوصهم (كلها متعلقة بعلم نفس الطفولة) . في مرحلة ثانية ، انتقت هيئة تحرير «الثقافة النفسية» من هذه المواضيع ما رأته مناسباً لخطتها في النشر ولجمهور قرائها .

وأما المرحلة الثالثة فكانت حصيلة انتقاءاتنا لمواضيع هذا الكتاب من بين المواضيع المنتقاة في المرحلتين الأوليين .

كمحرر لهذا الكتاب (وكمساهم في بعض اجزائه) ارى هذه العمليات الثلاث بمنزلة عملية التكرير المتعددة المراحل . لكن جودة هذا التكرير ومدى صفائه هما من المسائل التي يبقى تقويمها للقارىء . حيث ان هذا الكتاب لا يخاطب فئة محددة من المتعاملين مع الطفولة ، بل هو يخاطب هذه الفئات كافة : الاهل والمربين واطباء الاطفال والعاملين في حقول علم النفس التربوي والعيادي والاجتماعي . ذلك ان مؤلفي هذه المواضيع ينتمون الى هذه الفروع كافة . لكن اتساع حقل هذه المخاطبة لا بد له من ان يتصف ببعض اشكال التحفظ . اذ قد يجد الاهل صعوبة في استيعاب بعض المواضيع (خصوصاً مواضيع الفصل السادس الذي بوبناه في آخر الكتاب بسبب صعوبته) . اما الاختصاصيون فقد يتحفظون على سهولة بعض المواضيع بالنسبة لهم .

ان معرفتنا المسبقة لهذه التحفظات لم تمنعنا من اخراج الكتاب على ما هو عليه . فالمواضيع السهلة هي وسيلة الاتصال بالاهل التي يحتاجها الاختصاصي . اما المواضيع الصعبة فهي وسيلة الاهل والمربين لدخول عمق عالم الطفولة . هذا الدخول الذي سيقتضي منهم بعض الجهد .

قبل ان نعرض لفصول هذا الكتاب ومحتوياته ، نود أن نعدد اسماء المؤلفين الذين لا يتسع لهم الغلاف ، وهم : جون بريرلي ومحمد احمد النابلسي وجان برنار وسلمى المصري دملج وباتريك غوسلينغ وجليل شكور وموسى مرعب ومنصور حجيلي واليزابيت موسون وخالد البيض واكفالفي وبنهامون ، هـ وفواز اديب وفيورينا ، س . وشوفانس وشامبوزكي وكانالدا وتورو واسيماكابولوس وفيرورو وبيرو وتريكو وناروس هـ . وحمداني وشكيم .

فصول الكتاب :

الفصل الاول : كتابات في علم نفس الطفل

هو كناية عن عرض ملخصات لتسعة كتب متخصصة في ميدان الطفولة . ولهذا العرض مبدأ شمولية استعراض الافكار الرئيسة بعيدا عن التعابير الاختصاصية المعقدة . ان هذا الفصل يدفع القارئ لطرح تساؤلات عديدة ومتشعبة يجد لها اجوبتها في الفصول التالية .

الفصل الثاني : الصحة النفسية والعقلية للطفل

يتألف من ثلاثة مواضيع ، اولها للدكتورة سلمى دملج ، وهو يناقش العوامل التربوية الوقائية متوجها للاهل وللمهتمين بالطفل ، مستبقا اسئلتهم بإجاباته . ثم يأتي موضوع الصحة النفسية للطفل من الوجهة العيادية . في هذا الموضوع عرض لتعريف الصحة النفسية ، ولجداول النمو النفسي والعضوي للطفل وفق مراحل العمر . اما موضوع الصحة العقلية ، آخر مواضيع هذا الفصل ، فيعرض لتعريف الصحة العقلية ولتصنيف اضطراباتها كي ينتقل الى عرض القوى المعرفية – الادراكية وتطورها .

الفصل الثالث : العائلة وتربية الطفل

يمارس المحيط العائلي دوراً مقرراً في بناء شخصية الطفل وفي تحديد سيرورات

نموه . في هذا الفصل عرض لانماط اضطرابات الاتصال داخل الاسرة وضرورات علاجها لتجنيب الطفل اخطارها وانعكاساتها . في هذا الفصل ايضا عرض لأثر الاهل ودورهم في تحديد طموح الاطفال ، واخيراً ، عرض لمشاريع تربية الاطفال العباقرة .

الفصل الرابع : ثقافة الطفل

تهدف التربية الى تهيئة الطفل للتكامل في محيطه ، وهذه التربية تحتاج الى ادوات لا يمكن الاستغناء عنها . اذ يحتاج الطفل الى القصص الشعبي والالعاب والمسرح والبرامج التربوية المنسجمة مع واقع المجتمع الذي يعيش فيه . ان الاشكالية التي يطرحها هذا الفصل تتلخص في طرحه للتناقض بين اعتماد الادوات الغربية ، وبين الاصرار على ترسيخ القيم الخاصة بمجتمعنا .

الفصل الخامس : الاضطرابات النفسية لدى الطفل

يعرض هذا الفصل للاضطرابات الطفلية ذات الطابع العصابي وهي الاكثر انتشاراً . بدءاً باضطرابات النطق لدى الأطفال ومرورا بـ «اطفال الحرب اللبنانية» ومعاناتهم ، وصولا الى دراسة كامل أشكال الاضطرابات النفسية لدى الاطفال ، دراسة مقارنة بين أطفال عرب وبين أطفال اوروبيين . حيث تظهر هذه المقارنة اختلاف نوعية هذه الاضطرابات باختلاف المحيط الثقافي .

الفصل السادس : طب الاطفال العقلي

يحتوي على عدد من المقالات المتخصصة التي تهم الاختصاصيين (أطباء الاطفال خصوصاً) ، كما تهم الاهل الذين يعاني طفلهم من احدى الاضطرابات المعروضة في هذا الفصل ، وهي التالية :

. هيستريا الاطفال .

. الظواهر الذهانية المبكرة   . الطب النفسي للاطفال

. الانطوائية   . العلاج النفسي الدوائي للاطفال

ان ما يلاحظه القارئ من تنوع المواضيع التي يعرضها هذا الكتاب ، ومن تعددية وجهات النظر التي يطرحها ، والتي تعكس تعددية المؤلفين واختلاف اختصاصاتهم . كل هذه العوامل اعطت لهذا الكتاب عنوان «الطفل وعالمه النفسي» .

يبقى الاعتراف ان مسؤولية الخلل في هذا الكتاب انما تقع على عاتقي ، لان الانتقاء هو بحد ذاته موقف ، وبصفتي المحرر اتحمل مسؤولية هذا الخلل والانتقادات التي يستتبعها ، مع الامل بأن يكون هذا الكتاب إضافة متواضعة الى مكتبتنا العربية .

والله من وراء القصد

محمد أحمد النابلسي

طرابلس - لبنان

كانون الثاني ١٩٩٤

الفصل الاول
كتابات في علم نفس الطفل

المتعاملون مع الطفل يجهدون للحصول على المراجع التي تساعدهم على تكوين الافكار الموضوعية عن عالم الطفولة . فهم يحتاجون الى معرفة معايير النمو الطبيعي كي يتمكنوا من ملاحظة خروج الطفل على هذه المعايير . وهو خروج لا يكون سلبياً بالضرورة ، اذ يمكن لبعض الاطفال ان يستبقوا معايير النمو الاعتيادية وان يتفوقوا عليها . كما يمكن لبعضهم الآخر ان يحتاج الى المعونة والدعم لانه يتأخر عن هذه المعايير .

من مصلحة هؤلاء الاطفال ان يحظوا (متفوقون ومتخلفون) بالمعاملة الخاصة الهادفة لمساعدتهم على تنمية مهاراتهم وقدراتهم الذكائية . كما يحق للاطفال العاديين ان يفيدوا من تجارب العلوم الحديثة الكفيلة بمساعدتهم على ارتقاء سلم النمو بشكل افضل وأكثر اتزانا .

الهدف من هذا الفصل ، هو مساعدة المهتمين بشؤون الطفل على طرح الاسئلة وذلك عن طريق عرض ملخصات لتسعة كتب ، اعتبرتها «الثقافة النفسية» جديرة بالعرض على قرائها من اهل ومن اختصاصيين .

هذه الكتب هي التالية :

١ - نمو الدماغ والتطور العقلي للطفل - تأليف جون بريرلي

٢ - سلسلة علم نفس الطفل (٧ أجزاء) -تأليف محمد أحمد النابلسي

. ذكاء الجنين

. ذكاء الرضيع

. ذكاء الطفل قبل المدرسي

. ذكاء الطفل المدرسي

. العلاج النفسي العائلي

. الطب النفسي ودوره في التربية

. الربو عند الاطفال

٣ - الطفل والدم والامل (الطفل وسرطان الدم) - تأليف جان برنار

ان هذه الملخصات عاجزة عن اعطاء الاجابات على مختلف الاسئلة التي تطرحها ، ولكنها تستثير المهتمين لطرح هذه الاسئلة وتوجههم نحو طرحٍ أدق لها . ذلك على أمل ان تستطيع بقية فصول هذا الكتاب الاجابة على كافة هذه الاسئلة .

بهذا يكون هذا الفصل مقدمة نظرية تساعد القاريء على تكوين الافكار الموضوعية المتعلقة بالنمو النفسي - العصبي للطفل ومراحل هذا النمو ، وعلاقته بالمحصول الذكائي المتنامي لدى الطفل .

ان التعرف على سيرورات نمو وتطور دماغ الطفل ، هو شرط أساس لاستيعاب التغيرات التي نلاحظها لدى الطفل .كما انها شديدة الاهمية لكي نتمكن من تحديد مدى صحة او مرضية هذه التغيرات واكتشاف المرضي منها مبكراً ، واذا اقتضى الامر علاجاً . في هذا السياق سيتعرف القاريء على مجموعة من المؤشرات التي تتيح لنا مراقبة ذكاء الجنين والرضيع والطفل المدرسي وما قبل المدرسي . كما انه سيتعرض طريقة معايشة الطفل المريض ويطلع على نمط تفكيره واسلوبه في العيش والتفكير . وذلك من خلال مثالين محددين هما : الطفل المصاب بالربو ، وذلك المصاب بسرطان الدم .

يبقى موضوع التربية وعلاقتها بالطب النفسي واهمية العلاج النفسي العائلي حيث تحدد العائلة اطار الاضطراب ، وتتدخل في اسلوب الطفل في التعبير عن معاناته . الامر الذي يفسر لنا اسباب اختلاف مظاهر المرض من طفل لآخر .

ففي حين يتجسد الاضطراب لدى فئة من الاطفال (سلس البول ، مص الاصبع ونوبات الحساسية . . . الخ) تصاب فئة اخرى باضطرابات سلوكية (عدائية هياج حركي ، انزواء وعزلة . . . الخ) .

مراجعات هذه الكتب قام بها كل من الدكتور عبد الفتاح دويدار والدكتور خريستو نجم والدكتور جان برنار الذي يتبسط في شرح كتابه «الطفل والدم والامل» .

١ - نمو الدماغ والتطور العقلي للطفل *

الاطباء ، الاهل ، المربون وكافة المتعاملين مع الطفل يسعون جميعهم لتأمين الظروف الملائمة لنمو الطفل . بل ان هؤلاء باتوا يسعون جاهدين لتسريع عملية النمو هذه وصولاً لانتاج الطفل العبقري . ولتحقيق هذه الاهداف يحتاج هؤلاء للتعرف الى اربع نقاط رئيسة ، هي :

١) التعرف الموجز الى سيرورات نمو الدماغ البشري .

٢) كيفية تأثر عملية نمو الدماغ بالظروف البيئية والاسرية للطفل .

٣) التعرف الى مظاهر وامكانيات الدماغ وتبدياتها على الصعيد النفسي - الحركي .

٤) اثر سنوات المرحلة الحرجة (السنوات الاولى من العمر) في تمكين الطفل من استغلال قدراته الدماغية على الصعيد العقلي .

وهذه النقاط الاربع هي تحديداً موضوع المناقشة في كتاب بريرلي «نمو الدماغ والتطو العقلي للطفل» . وبهذا يدرك القارىء الاهمية الفائقة لهذا الكتاب على الرغم من مرور سنوات تسع على صدوره .

فيزيولوجية الدماغ :

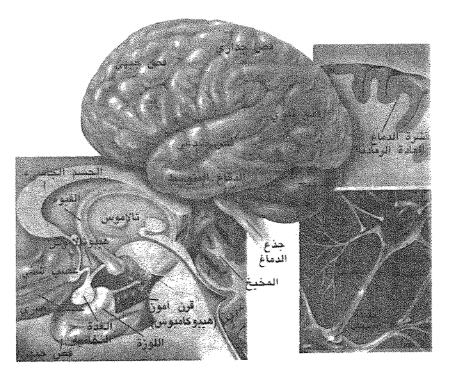
اللحاء او القشرة الدماغية هي ارقى التكوينات العصبية في الدماغ . وهي تغطي سطع الدماغ ، وتقسم الى مناطق وظيفية حددتها بدقة النظرية الاختصاصية ، التي ظهرت في أواخر العشرينيات ، التي وزعت مناطق اللحاء على الوظائف الحسية والحركية المختلفة (انظر الصورة ص ١٢) . على ان الدماغ البشري يبدأ عمله في المرحلة الجنينية حيث نستطيع رصد الحركات العشوائية لجنين الشهر الرابع ، وحيث نلاحظ قيام القشرة الدماغية بوظائفها (الحركية والحسية والسمعية خاصة) ولكن بمهارة اقل .

هذا ويعتبر مؤلف الكتاب ان الفص الجبهوي هو المسؤول عن عمليات التفكير

● Brierley, J: A human birthright: Giving young a-chance, the Britsh Association for early child hood education - London, 1984.

مراجعة الدكتور عبد الفتاح دويدار

والاستدلال والتحكم في الغـريزة الجنسية والتحكم بالعـدوانية والتكيف مع الآخرين والتعاون معهم (بما يطابق النظرية الاختصاصية) . ولكنه يشير ايضاً الى وجود بعض مراكز التفكير(بؤر دماغية) المتوزعة حول المراكز الاولية لحاستي السمع والنظر . وهذه المراكز تساعد على اضفاء المعاني على المرئيات والمسموعات . فاذا ما لحق التلف بهذه المراكز الفرعية ، فان المرء قد يرى الاشياء مثلاً ، ولكن من دون ان يستطيع تفسير ما يراه (عمه) . وفي عودة الى الطفل يرى بريرلي ان الخبرات المتاحة للطفل (العاب وحكايات واستكشاف وحب . . . الخ) تساعده في تنمية خياله والمناطق الدماغية المسؤولة عن الخيال . فالدماغ هو ذلك العضو الذي يتشكل تدريجياً نتيجة للتفاعل بين برمجته الوراثية وبين الخبرات والبصمات التي تتركها فيه هذه الخبرات .



الجهاز الهامشي في الدماغ يضبط العواطف ، واستجابات الأحشاء الى تلك العواطف والحوافز ، والمزاج ، وأحاسيس الألم واللذة . وعصبا الشم هما من مصادر المعلومات الحسية الواردة على الجهاز الهامشي . وتشكل اللوزة وقرن أمون (hippocampus) جزءاً من هذا الجهاز .

هذا وتحتوي قشرة الدماغ ، التي يبلغ عمقها ستة ملليميترات ، على مليارات الخلايا العصبية ومليارات اخرى من الخلايا الضامة . وهذه الخلايا تمر بحالة نشاط كهربائي

تلقائي لا ينقطع لنقل الرسائل الدماغية (صادرة وواردة) على امتداد سلسلة متشابكة من المحاور العصبية (Neurone) ثم تقوم المشبكات العصبية (Synapse) - وهي نقاط التقاء الاعصاب - بدور الفيلتر (المرشح) الجيد الذي يصنف الرسائل الهامة ويفصلها عن تلك التافهة . كما تدمج هذه المشبكات الرسائل البسيطة في اشكال مركبة . على ان تكرار استخدام المسارات العصبية يؤدي الى سهولة مرورها عبر المشبكات العصبية (تخف رقابة هذه المشبكات ويخف دورها كفيلتر في حالات التكرار) . ومعنى ذلك ان العادات والمهارات ، التي يتم تعلمها في بداية الحياة ، تتحول الى مألوفات عصبية يصعب تغييرها لاحقاً . وهذه الصعوبة تفسر لنا اثر المرحلة الحرجة في حياة الطفل[1] .

اما وقود الدماغ (الطاقة التي تشغله) فيتكون من السكر ومن الاوكسيجين . وهو يستهلك من هذا الوقود كميات كبيرة بالمقارنة مع الاعضاء الاخرى . اذ يحتكر الدماغ ثلث كمية الاوكسيجين التي يستهلكها الجسم وهو يحتاج في كل ساعة الى مقدار ملعقة صغيرة من السكر (لتغطية استهلاكه من السكر) . والطفل يحتاج الى نسبة اكبر من هذه الطاقة . والدماغ لا يمكنه ان يقوم بوظائفه الراقية من دون هذه الطاقة[2] .

---

(١) يرى الدكتور محمد أحمد النابلسي ان المرحلة الحرجة تمتد من سن ٣ الى ٥ سنوات ، ولكنه يؤكد على جذورها العصبية بدءاً من الشهر الرابع في حياة الجنين . حيث يمكن لضغط الام على بطنها ان يستفز حركات الجنين مساهماً بذلك في تدريب مناطق دماغه الحركية . اما بعد الولادة فان تدعيم الارتكاسات الطبيعية من شأنه ان يرسخ هذه الارتكاسات على الصعيد الدماغي ، مما يشجع ظهور الارتكاسات اللاحقة . كما يرى النابلسي ان مفهوم الزمان - المكان لا ينضج الا في السن المتراوحة بين ٩ - ١١ سنة ، وهي مرحلة اكتمال اكتساء الاعصاب المحيطة بمادة النخاعين (Myeline) . وبمعنى آخر فان النابلسي يمد المرحلة الحرجة منذ الشهر الرابع من حياة الجنين ولغاية سن ال ١١ سنة - للتعمق . انظر : محمد أحمد النابلسي ، سلسلة علم نفس الطفل ، دار النهضة العربية ، (١٩٨٨) .

(٢) تشير التطورات اللاحقة لظهور كتاب بريرلي الى تفاصيل جديدة حول استهلاك الدماغ للسكر . ففي تقنية التصوير العصبي PET (التصوير الطبقي البوزيتروني Tomography Positron Emission) يتم حقن الشخص بالغليكوز (السكر) المشع الذي ينتقل الى الدماغ عن طريق الدم . فاذا ما ازداد نشاط احدى المناطق الدماغية زاد استهلاكها للسكر المشع . وعن طريق تصوير اشعاع السكر المستهلك نستطيع تحديد المنطقة الدماغية الناشطة اثناء عمليات التفكير مثلاً . . الخ .

هذا ويشير المتعاملون مع هذه التقنية الى ان استهلاك الدماغ للسكر يزيد اثناء عمليات التعلم ، ولكنهم يؤكدون ان الشخص الاذكى يستهلك كميات اقل من الطاقة (السكر) . وهذا التأكيد يتوافق مع ملاحظة علماء النفس التي تشير الى ان الدماغ الذكي يحل المسائل بسهولة اكبر . وبالتالي فانه من الطبيعي ان يستهلك كمية اقل من الطاقة . اما الدماغ الاقل ذكاء فانه يضطر للاستنجاد بمساعدة مناطق دماغية اضافية للمساعدة في حل المسائل . وهذا الاستدعاء يستهلك كميات اضافية من الطاقة . حتى ان البروفسور ارفين ريتشارد هاير (المشرف على مركز التصوير العصبي في جامعة كاليفورنيا) يقول : «قد ينطوي الذكاء على معرفة المناطق الدماغية التي يستحسن عدم استخدامها» .

للتعمق انظر «تقارير الطب النفسي» في «الثقافة النفسية» ، المجلد الرابع ، العدد الثالث عشر ، ١٩٩٣ .

هذا ويؤكد المؤلف على الدور الحاسم لسنوات الطفولة الاولى ، فيقرر ان نصف النمو المعرفي يتم خلال السنوات الاربع الاولى من العمر . ويتم نمو ثلث النصف الباقي ما بين الرابعة والثامنة من العمر . والواقع ان الدماغ يستمد اهميته وقدراته من تفرعات نهاية المحاور العصبية (Dendrite) لعشرة مليارات خلية عصبية يحويها . وتزداد اهمية هذه التفرعات من خلال المشبكات العصبية (تلعب دوراً شبيهاً بدور الموزع الهاتفي بالنسبة لاسلاك الهاتف) . حتى ان البعض يطرح فرضية مؤداها ان المشبكات العصبية تلعب دوراً هاماً في نمو الذكاء . كما نجد فرضيات اخرى تقول بان نمو التفرعات العصبية وتزايدها يعودان الى نوعية الخبرات التي تتيحها البيئة للطفل . «فاذا ما تم اكتساء الاعصاب وتفرعها بالنخاعين دون تطور التفرعات ، فان ذكاء الطفل يبقى محدوداً . وبمعنى آخر ، فان الطفل الذي لا يمارس ذكاءه ويمرن دماغه قبل العاشرة ، فانه يتحول الى محدود الذكاء»[1] .

على ان نمو الدماغ قد يواجه عوامل ومخاطر عديدة من شأنها اعاقة هذا النمو . وترتفع آثار هذه العوائق بصورة خاصة خلال فترة تطور الجهاز العصبي - منذ مرحلة تكوين الانبوب العصبي ولغاية الشهور التالية للميلاد[1] .

ومن العوامل ذات الاثر البالغ السوء في هذه المرحلة ، يذكر المؤلف ما يسميها بالسموم الاجتماعية ، مثل عادات تعاطي الخمور والمخدرات واستنشاق اول اوكسيد الكربون (الناشيء عن التدخين) . ويقول ان هذه السموم تنتقل بكل حرية من المشيمة الى دم الجنين . كما يعدد المؤلف مجموعة من العوامل الضارة ويحذر منها ذاكراً الرصاص والاثير الموجود في الطلاء وبعض انواع الغذاء والماء والبترول . وهو لا يقف عند حدود هذه العوامل ، بل يتعداها الى العوامل البيئية ، مثل رداءة المسكن واضطراب العلاقة الاسرية وسوء الاتصال وسوء التغذية . . . الخ . وهو يعتبر ان سماع المثيرات اللغوية من الحاجات الاساسية للطفل . فبدون ذلك يصبح عقل الطفل في حالة حرمان ، مما يؤدي الى احداث الضرر بالدماغ وخاصة اثناء فترة النمو الحساسة . فقد يصبح الطفل أبكم طيلة حياته اذا هو لم يسمع كلاماً لغاية بلوغه سن العاشرة ، او قد يصاب على الاقل بدرجة كبيرة من تخلف قدرته على الكلام . ويبدو له ان هناك فترات حرجة في السنوات المبكرة من الحياة ، وهي الوقت الامثل لاكتساب المهارات اللغوية . وفي هذا

---

(١) للتعمق انظر : محمد أحمد النابلسي ، ذكاء الجنين - سلسلة علم نفس الطفل ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٨ .

الاكتساب يلعب النصف الايسر للدماغ دوراً مقرراً . فاذا ما حدث تلف فيه ، قبل سن العاشرة ، تمكن الدماغ من تعويض آثار هذا التلف . وكلما كان هذا التلف مبكراً كان تعويضه ، واسترداد القدرة على الكلام ، اكثر سهولة . الا ان هذا التعويض لا يغطي خلل الوظائف الراقية للغة (الاستجابة لظلال المعاني وتكملة الجملة وتشكيل الحروف في كلمات جديدة . . . الخ) . فهذا الخلل يزداد عمقاً كلما كان التلف مبكراً . ولذلك وجب التنبه الى تعثر او بطء النمو اللغوي عند بعض الاطفال . فهو قد يكون اشارة الى وجود اعاقة عقلية او حسية (خاصة سمعية) ، او الى نقص المثيرات اللغوية ، او الى عطل في جهاز النطق[1] . وفي هذه الحالة علينا تحديد الخلل والعمل على علاجه مع ادراكنا للصعوبات المستقبلية المترتبة على تأخر الكلام (عمه القراءة وصعوبات الكتابة والهجاء . . الخ) .

* دور الأم

بعد هذه الشروحات يأتي الكتاب لمناقشة الدور المحوري الذي تلعبه الام في دفع النمو العقلي لطفلها . فيرى ان الشرط الاساسي لتعلم الطفل الكلام هو ان يتلقى دروساً فيه من قبل شخص راشد يجيد الكلام . وعلى الام ان تكون متيقظة لملاحظة اولى محاولات الكلام لدى طفلها[2] . وان تبذل الجهود لمحاولة فهم ما يريد ان يقوله .فاذا ما نطق الرضيع كلماته الاولى وجب على الام تشجيعه ودفعه للمزيد . خاصة وان للتكرار اهميته في ترسيخ التعلم . ذلك ان بعض الخلايا الدماغية تملك خاصية تكرار انماط النشاط واعادتها . ومن هنا ضرورة حث الطفل على تكرار الكلمات التي ينطقها وعلى معاودة وتكرار كافة المهارات التي يكتسبها اثناء سيرورة نموه . ويجب معرفة ان الطفل لا يستخدم اللغة كغاية ، وانما يستخدمها كوسيلة لتعلم الحياة ومشاركة الآخرين في افكاره ، وهو يحملها (اي اللغة) مشاعره ورغباته وقيمه وتوقعاته . والراشد كي يتمكن من مساعدة الطفل في انماء مهاراته اللغوية فان عليه ان يرى العالم بعيني طفل وان يهتم بالتفاصيل .

---

(١) للتعمق انظر ؛ محمد أحمد النابلسي : ذكاء الطفل قبل المدرسي - سلسلة علم نفس الطفل ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٨ .

(٢) في المرجع السابق يشير النابلسي الى كون الضحك اولى محاولات الاتصال الصوتي للطفل . وهو يعرض لدراسة له تظهر ان عمر الضحكة الاولى يتراوح بين ١٨ يوماً و٥٢ يوماً ، بمتوسط ٣٧ يوماً . ويجد ان الضحك المبكر يرتبط بالقدرة المبكرة على الكلام . ويدعو الام الى رصد الضحكة الاولى لدى رضيعها .

اما من الناحية الوظيفية فان النصف الايسر للدماغ يكون مسؤولاً عن الاحساس والحركة في النصف الايمن للجسم ، وبالعكس ، يكون النصف الايمن الدماغي مسؤولاً عن حركة واحاسيس النصف الايسر للجسد .

اما على الصعيد الذهني - الفكري ، فان النصف الايسرمع قرن آمون الايسر (هيبو كامب) يختصان بالوظائف اللغوية الراقية وبالكلام . كما انهما يتحكمان بحركات اليد اليمنى (من الناحية الوظيفية المهمة للكتابة) . اما النصف الايمن مع قرن آمون الايمن فهما مسؤولان عن الصيغ الكلية - الذهنية ، كمثل التعرف على الانماط والصيغ الكلية ، مثل الوجوه والاصوات الموسيقية ، كما ان لهما علاقة بتحديد التموقع في الزمان والمكان .

ولكن ما هي العلاقة بين نصفي الدماغ؟ وكيف تتكامل وظائفهما؟ وبمعنى آخر كيف يعمل النصفان معًا كجهاز متوازن في تكامل عمليات مثل عملية القراءة مثلاً؟ . الجواب على هذه الاسئلة يقول المؤلف : ان الطفل حين يقرأ يقوم نصفه الدماغي الايمن بالتعرف الى اشكال الكلمات ومواضعها وتسلسلها ، بينما يقوم النصف الايسر بتفسير معاني الكلمات . فاذا ما تم التكامل بين معنى الكلمة وشكلها وموضعها يتم عندها فهم الطفل للجملة[1] . هذا ويتأكد لنا الترابط بين نصفي الدماغ في حالات عديدة . فاذا ما تعثر الطفل في قراءة كلمة صعبة فهو يتوقف عندها على الارجح (طالباً معونة النصف الايسر) ولا يواصل قراءته للبحث عما يمكن ان يشير الى معنى الكلمة التي توقف عندها . فهو اذا ما واصل القراءة فقد الموضع الذي توقف عنده . لذلك وجب ان نعلم الطفل كيف يفهم الكلمات ثم العبارات ثم الجمل ثم الفقرات . ولعله من المفيد ان ندرب الطفل على إلقاء نظرة سريعة على النص كخطوة مبدئية هامة للفهم[2] . كما ينبغي على المربين ان لا يهملوا تدريب الطفل على المهارات التي تدعم تمرين النصفين الدماغيين كليهما . فالرسم والتلوين وصنع النماذج ومثيلاتها هي تمرينات للنصف الايمن ، اما الرياضيات وغيرها مما يستدعي عمليات الاستدلال المنطقي ، هي تمرينات

---

(١) انظر : محمد أحمد النابلسي : الشخصية العربية وتجلياتها الادبية - محاضرة في الندوة الثامنة لاتحاد الكتاب العرب ، في هذا البحث يشير المؤلف الى الفوارق بين اللغة العربية وبين اللغات اللاتينية . حيث يتغير شكل الحرف العربي بحسب موقعه في الكلمة وحيث يتغير معنى الكلمة بحسب تشكيلها . وهذه الخصائص المميزة للعربية تجعل من الصعب تصوير الكلمات والعبارات تصويراً كلياً . الأمر الذي يستدعي زيادة اعتماد القارىء العربي على النصف الايسر لدماغه . وبهذا يقدم النابلسي دليلاً بيولوجياً على اثر اللغة العربية في تكوين العقل العربي .

(٢) وهذه النصيحة تدخل في اطار التدرب على القراءة السريعة . وهي صالحة للتطبيق على قراءة النصوص العربية .

النصف الايسر . هذا في حين تحتاج القراءة والهندسة والكتابة والعلوم الى تضافر نشاطات كلا النصفين الدماغيين . فالكتابة مثلاً تنطوي على النشاط المتداخل للنصفين . اذ تتعلق بالاشكال والمسافات بين الكلمات (النصف الايمن) وهي تتطلب فهم معنى الكلمات والعبارات المكتوبة (النصف الايسر) .

* لعب الاطفال:

وينتقل الكتاب إلى اللعب ، فيرى فيه انعكاساً للقدرات العقلية ، بل يراها مرتبطة بحجم الدماغ ومرونته ومسالكه المبرمجة وراثياً . هذا وتصنّف كورين هيث (C. Hutt) الالعاب في خانات ثلاث هي :

١) اللعب الاستكشافي .

٢) اللعب التخيلي .

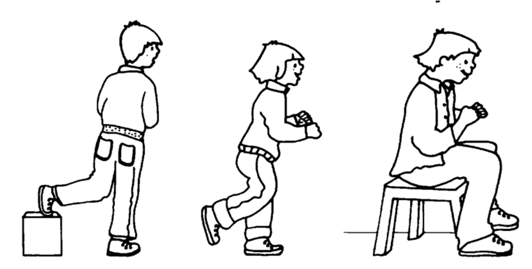
أ - **اللعب الاستكشافي** : يضم مجموعة غنية من نشاطات حل المشكلات (مكعبات ، الغاز ، متاهات) . ويمكن له ان يكون منتجاً ، كأن يصنع الطفل قارباً من الورق ، او قد يعتمد على مجرد حشرية الاستكشاف . كأن يمسك الطفل بلعبته محاولاً التعرف على مكوناتها او كيفية عملها واستخدامها .

ب - **اللعب التخيلي** : وينطوي على احد عناصر التظاهر (male believe) . كان يتظاهر طفل الرابعة بأنه طبيب او يجلس على صندوق ويتظاهر بقيادة الطائرة او السيارة . ومعظم الاطفال يمكنهم ، لدى بلوغهم الخامسة ، التمييز بين ما هو لعب وما هو عمل ، وبين الواقع والمتخيل . ومن مظاهر اختلال اللعب التخيلي عن ذلك الاستكشافي ، فالاول ينطوي على عنصر البهجة والتسلية وهو حر ممتع بحد ذاته . اما الاستكشاف فيتسم بالجدية والتركيز الى جانب الخيال والمعالجة والاستقصاء . ويحل فيه الانهماك مكان البهجة . ولكنه اكثر مساعدة لتنمية قدرات الطفل على التركيز وعلى حل المشكلات . وبالتالي فان الاستكشاف اكثر فائدة ونفعاً للطفل شرط توافر مكوناته ، وهي :

١) الامن (مع اقل قدر ممكن من التدخل) .

٢) تقديم المساعدة في الوقت المناسب (قبل اصابة الطفل بالاحباط وعزوفه عن الاستكشاف) .

٣) البيئة التي تشجع الاستكشاف . كما ان اللعب التخيلي لا يخلو من فائدة في شحذ الذهن وتمرينه على التفكير الرمزي . خاصة وان الرمزية هي صفة تفرد فيها الانسان . واللغة هي اكثر الانظمة الرمزية قوة وتأثيراً .



واللعب عامة يدعم تمثل الطفل للعالم المحيط به . وذلك عن طريق تشجيع الطفل على التقليد والاستكشاف والتخيل والتعلم . وفي كل مرة يتعلم فيها الطفل معلومة جديدة فان دماغه يمر ببعض التغيير . فالمعلومات الواردة عن طريق الحواس تجعلنا نتمثل نموذجاً للعالم يتسم بالمرونة . كما يتيح لنا قدرة اكبر على مواجهة المواقف الجديدة بنجاح . فهو يساعدنا على اتخاذ القرار عن طريق مراجعتنا لخبراتنا السابقة ، ثم التنبؤ بما يمكن ان يحدث لو اننا فعلنا كذا او قلنا كذا .

الذاكرة

هناك اربع حقائق هامة تتعلق بالذاكرة هي :

أ - ان التفاصيل التي لا تتخذ نمطاً او شكلاً او صيغة او سياقاً هي تفاصيل سرعان ما تنسى . وهكذا فانه من الواجب وضع المادة التعليمية في احد هذه الاطر (قصة ،

جملة ، صورة . . . الخ) حتى يسهل على الطفل حفظها وتذكرها .

ب - ان الطفل يتذكر الاشياء التي يركز انتباهه عليها ، وهو لا يتذكر الاشياء التي تستدعي تركيزه .

ج - للقلق تأثير ضار على الذاكرة ، لانه يشوش الانتباه والتركيز ، وبالتالي التذكر .

د - تتحسن الذاكرة ويتحسن التعلم وفقاً لعملية الترابط (كأن يربط الطفل بين وجه امه وبين لذة الشبع التي تؤمنها له امه) .

النوم

يعتبر المؤلف ان النوم هو وجه آخر للتعلم ، اذ يعتبره فترة صيانة وتجديد لشبكات الخلايا العصبية ، التي تعمل اثناء القيام بالعمليات الفكرية الراقية (التفكير ، حل المشكلات ، التعلم ، التذكر . . . الخ) . وهكذا فان الطفل المرهق الذي لم ينم نوماً كافياً لن يمكنه ان يلعب ، او ان يتعلم على نحو سليم .

خلاصة

يمكن القول ان الهدف من جملة ما سبق ذكره يخلص الى التأكيد على اهمية سنوات ما قبل المدرسة ، وتأثيرها الكبير على صحة الطفل وجوانب نموه المختلفة . وان اكثر ما يضر بدماغ الطفل وتطوره العقلي ، هو اجتماع واستمرار مجموعة من الظروف السيئة في سنوات الطفولة . وبهذا فان المرونة العقلية وقابلية الدماغ للتشكيل هي مسؤوليات ملقاة على عاتق الآباء والمعلمين وكافة المهتمين بشؤون الطفولة .

خاتمة

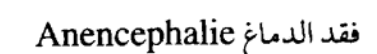
ان مرور سنوات تسع على صدور الطبعة الاجنبية للكتاب لم تفقده راهنيته ، لذلك انتخبناه للعرض على قراء «الثقافة النفسية» لما فيه من شروحات تهم قطاعاً واسعاً من قرائنا . وحسبنا ان نذكر هؤلاء بعرضنا لكافة المستجدات الرئيسية في المجال وتحديداً يهمنا التذكير بالعناوين التالية :

١ - كيف يعمل الدماغ / البروفسور ارنست.روي جون ، الثقافة النفسية ، العدد الاول .

٢ - نظرية الهولوغرام الدماغي / البروفسور كارل بريبرام ، الثقافة النفسية ، العدد الحادي عشر .

٣ - التصوير بالرنين المغناطيسي / تقارير الطب النفسي ، الثقافة النفسية ، العدد الثالث عشر .

في نهاية هذه المراجعة نجد من المفيد ان نعرف القاريء على اهم تشوهات الدماغ .



فقد الدماغ Anencephalie



ويمتاز هؤلاء المواليد بتشوهات خلقية كثيرة الخطورة . ونادراً ما يعيش هؤلاء الأطفال .



استقاء الرأس

Hydrocephalic

يمتازون بأيدي طويلة ، بجحوظ العينين وبروزهما ، وبتشوهات عصبية تؤدي إلى تباطؤ النمو الحركي وأيضاً العقلي .



شكل الجمجمة في مرض كروزون .

٢ - سلسلة علم نفس الطفل

أ - ذكاء الجنين	هـ - الطب النفسي ودوره في التربية
ب - ذكاء الرضيع	و - العلاج النفسي العائلي
ج - ذكاء الطفل قبل المدرسي	ز - الربو عند الاطفال
د - ذكاء الطفل المدرسي	

«الطفل هو أبو الرجل» . مبدأ أطلقه سيغموند فرويد ، وتبنّاه علماء التربية المحدثون . وقد راج هذا المبدأ إثر الدراسات النفسية التي أثبتت حدوث زيادات ملحوظة في المستوى العام لذكاء الأطفال قبيل ظهور الاكتشافات العلمية المهمة . ومن هذا المنطلق نشأ تيار في التربية المعاصرة ، يهدف إلى تربية أطفال عباقرة يكونون نواة العنصر البشري المتطور ، الذي سيعيش في السنين الألف المقبلة ، أي في الألف الثالث للميلاد . ولقد تمكن المربون من إعطاء نتائج واعدة في هذا المجال . نذكر من هذه النتائج ، قدرتهم على تعليم اللغة اليابانية لطفل أميركي لم يتجاوز الثالثة من عمره ، إضافة إلى لغته الأم بطبيعة الحال . كما تمكن هؤلاء المربون من تعليم مبادىء المعلوماتية لطفل لم يتجاوز السابعة من عمره . إلا أن اختصاصيي الطب النفسي الطفولي يرون أن الأمر لا يتعدى تحويل الطفل إلى قرد عالم ، وليس إلى عبقري فذ . ذلك أن هؤلاء الأطفال يتذكرون ويحفظون معلوماتٍ لا يستطيعون تمثلها أو إدراك أبعادها . غير أن هذا الاعتراض لم يحبط هؤلاء الباحثين ، فظلوا يواصلون جهودهم بهدف التوصل إلى تربية الأطفال العباقرة . وهنا لا بد من التساؤل : ما نصيب أطفالنا من مبادىء هذه التربية؟ وما مدى اطلاع الأهل على مبادىء التربية الحديثة؟ وما تأثير عدم مواكبتنا لهذه المبادىء في أطفالنا وفي أجيالنا القادمة؟ والإجابة على هذه التساؤلات نجدها في سلسلة علم نفس الطفل ، الصادرة عن دار النهضة العربية في بيروت ، في سبعة أجزاء ، من تأليف الدكتور محمد أحمد النابلسي . وهذه الكتب هي على التوالي :

١ - ذكاء الجنين .

٢ - ذكاء الرضيع .

٣ - ذكاء الطفل قبل المدرسي .

٤ - ذكاء الطفل المدرسي .

٥ - الطب النفسي ودوره في التربية .

٦ - العلاج النفسي «العائلي» .

٧ - الربو عند الأطفال :

وقيمة هذه المؤلفات تنبع من كونها تناقش أحدث نظريات التربية ، بما فيها تربية الأطفال العباقرة . وفي ما يلي نحاول رسم الخطوط العريضة للأفكار الواردة في هذه الكتب ، وبخاصة ما تعلق منها بذكاء الأطفال . ونبدأ بأول كتب هذه السلسلة .

١ - ذكاء الجنين :

إن عنوان الكتاب نفسه يُفاجئنا ويشدُّنا في آن معاً . إنه يدفعنا إلى التساؤل عن إمكانية التدخل لزيادة ذكاء الطفل وتربيته وهو بعد جنين في بطن أمه . ويجيبنا الكتاب على هذا السؤال بنعم . ويؤكد إمكان التدخل ، لزيادة نسبة الذكاء ، التي سيحملها الجنين بعد ولادته . ويعرض الكتاب طريقة التدخل هذه فيقسمها إلى وسائل إيجابية ، ووسائل وقائية ، ووسائل سلبية .

الوسائل الإيجابية : وفي مقدمتها علم ملامسة الجنين من خلال بطن الحامل والمعروف بالأبتونومي Haptonomie .فعن طريق ملامسة الحامل لبطنها تستطيع أن تقيم اتصالاً بجنينها الذي يستجيب لهذه الملامسُات بحركات تبدأ عشوائية ، ولكنها لا تلبث أن تنتظم ، بحيث يتوصل الجنين إلى تكرار حركة معيّنة مع تكرار حركة أمه في ملامستها له . ومن الوسائل الإيجابية المهمة التي يذكرها الكتاب ، أسلوب معالجة الاضطراب الجنيني من خلال حقن بعض العقاقير في سائل النخط . ومن الوسائل الإيجابية الأخرى التي يعرضها المؤلف : تغذية الحامل ، رياضة الحامل ، الاسترخاء والإفادة من أثر الموسيقى .

● سلسلة من ٧ اجزاء - تأليف د . محمد أحمد النابلسي ومنشورات دار النهضة العربية - عرضها د . خريستو نجم .

الوسائل الوقائية : يختصر الكتاب عوامل الخطر المؤثرة في ذكاء الجنين ، فيقسمها إلى ثلاث فئات : عوامل الخطر في أثناء الحمل ، عوامل الخطر في أثناء الولادة ، وعوامل الخطر في مرحلة ما بعد الولادة . ويعرض الكتاب لعدد من الخطوات الوقائية بدءاً بالفحص الطبي النفسي للحامل ، مروراً بالتصوير الشعاعي وبالأمواج ما فوق الصوتية ، مع مجموعة من الصور الإيضاحية ، وصولاً إلى فحص سائل النخط . وفي إطار الخطوات الوقائية يعرض الكاتب لسلوك الحامل محدداً إياه في فصل عنوانه : نصائح للحامل .

الوسائل السلبية : كثيرة هي الوسائل السلبية الفاعلة في تأمين الأجواء الملائمة لذكاء الجنين والتأكد من تطوره . من هذه الوسائل مراقبة الأم لحركات جنينها وتأكدها من أن هذه الحركات لا تعدو حدودها الطبيعية . كما يدعو الكاتب إلى امتناع الأم عن تناول العقاقير ، والمواد التي تؤثر سلباً في نمو الجنين .

على أن تقسيم الكتاب لم يأت وفق هذا التسلسل ، وإنما تمّ تقسيمه إلى فصول ستة هي التالية : مراحل نمو الجهاز العصبي - الجنيني ، العوامل المؤثرة في ذكاء الجنين ، نظريات ذكاء الجنين ، مراقبة تطور الجنين ونصائح للحامل .

٢ - ذكاء الرضيع

تعجز مختلف القياسات النفسية عن تقويم ذكاء الأطفال الرضع . وهذا ما يعطي الكتاب أهمية فائقة في هذه السلسلة . والمؤلف يتابع دراسة ذكاء الرضيع من منطلق الملاحظة والمراقبة . فيعرض جداول النمو النفسي العضوي للطفل . ابتداءً من لحظة الولادة حتى بلوغه السنوات الثلاث . إلا أن الدراسة الأهم في هذا الكتاب ، وربما في السلسلة كلها ، هي دراسة وسائل الاتصال بالرضيع عن طريق عرض دراسة ميدانية أجراها المؤلف على مجموعة من الأطفال الرضع . وتناولت هذه الدراسات بكاء الرضيع وضحكه . وفيها عرض لنغميات بكاء الرضيع وحدة هذا البكاء ، مقاسة بالهيرتز . وربما أوحى الدكتور النابلسي بإمكانية وضع جهاز يساعد الأم على معرفة حاجات رضيعها من خلال بكائه . فصرخة الغضب مثلاً تصل ، حسب هذه الدراسة إلى ٤٥٠ هيرتز ، وتدوم الصرخة من ست ثوان إلى سبع . أما دراسة الضحك فهي بدورها فائقة الأهمية كأداة

لتنمية ذكاء الرضيع . فالاتصال عن طريق الضحك جدير بترسيخ الكثير من المخططات العقلية التي من شأنها الإسهام في زيادة نسبة الذكاء الطفلي . ثم يعرض المؤلف لأمراض الرضيع الخلقية أو المكتسبة ، ومن ثم يعمد إلى مناقشة الفرضيات والنظريات الجديدة في ميدان ذكاء الرضيع .

والكتاب يقسم إلى خمسة فصول هي على التوالي : وراثة الرضيع وحياته داخل الرحم ، لغات الرضيع ، أمراض الرضيع ، الجديد في ذكاء الرضيع ، واجبات الأم المرضعة . وهذا الفصل الأخير يناقش نقطتين مهمتين ، هما : اتصال الأم برضيعها ، وتوقيت لجوئها إلى الطبيب النفسي .

٣ - ذكاء الطفل قبل المدرسي

بعدما درس العالم بياجيه هذه المرحلة دراسة مستفيضة ، فما الجديد الذي يقدمه هذا الجزء من السلسلة؟ نستطيع القول : إنه قدم الكثير في مجال التعرف إلى طفل هذه المرحلة والاتصال العميق به . إن علماء النفس على مختلف مشاربهم يعطون هذه المرحلة أكبر قدر من الأهمية . ففرويد يعدها مرحلة نشوء الأعصبة واستقرار الأوديبية ، في حين يسميها روزنفايج المرحلة الحرجة ، ويراها مرحلة القرار بالنسبة إلى ذكاء الطفل المستقبلي . ولعل عرضنا لمحتوى البحث يظهر مقدار الجديد في هذا الكتاب ومدى قيمته .

فالفصل الأول مخصص لنظرية بياجيه ونظرية فرويد ، يوردهما المؤلف ببساطة يسهل فهمهما ، ولكن من غير إضافة جديدة في هذا الميدان . أما الفصل الثاني وهو تعلم اللغة ، ففيه عرض للأبحاث الحديثة المتعلقة بالإدارك السمعي والقدرة على النطق ، والطرق الحديثة لتعلم قواعد اللغة . ويخلص الدكتور النابلسي في النهاية إلى عرض نظرية تحليلية حديثة في ما يتعلق بتعلم اللغة .

وننتقل إلى الفصل الثالث الذي يعرض لأمراض الطفل قبل المدرسي وهو يدخل في مجال تثقيف الأهل من الناحية الصحية النفسية . ثم يأتينا الجديد دفعة واحدة من خلال الفصل الرابع حيث يعرض المؤلف لموضوعات اتصال الطفل قبل المدرسي : اتصاله بذاته ، بأمه ، بمحيطه وببقية الأطفال ، ذاكراً عدداً من التجارب الميدانية والإحصاءات ، مستخلصاً الكثير من النتائج ، التي تساعد الأهل على تحسين اتصالهم بطفلهم ، ودفع

نموّه الذكائي في الطريق الصحيح . وأخيراً يأتي الفصل الخامس ليناقش موضوع واجبات الأم في تهيئة الطفل للدخول إلى المدرسة . وتتم هذه المناقشة من خلال النقاط التالية : البرامج الحديثة من أجل إعداد الطفل للمدرسة . تأهيل الطفل المتأخر النمو . دور الأم وواجباتها . وكل هذه النقاط تثير قضايا جديدة ، وتعرض لأحدث النصائح في هذا المجال ، ولا سيما في مجال تربية الأطفال العباقرة .

٤ - ذكاء الطفل المدرسي

إن ذكاء الطفل المدرسي ، هو نتيجة لمستوى ذكائه في مختلف المراحل السابقة ، بما في ذلك عوامل وراثته ، وظروف حمله وذكائه في مرحلة الحمل ، والرضاعة ، والمرحلة التي تسبق زمن المدرسة . ولذا كان ذكاء الطفل المدرسي وتطوير هذا الذكاء ، مرتبطين بمختلف المراحل السابقة . فمرحلة المدرسة كثيراً ما تكون مناسبة نكتشف فيها بعض الخصائص النفسية والذكائية ، التي كان يملكها الطفل خلال المراحل السابقة ، من غير أن يقوى على إظهارها ، سواء كانت هذه الخصائص سلبية أو إيجابية لتلك الأسباب مجتمعة ، يأتي هذا الكتاب مرتبطاً بباقي أجزاء السلسلة . من هنا اكتفينا بعرض النقاط التي تناولها مع التركيز على الجديد فيها .

نبدأ بالفصل الأول الذي يعرض لمراحل النمو العضوي النفسي ، كنمو القامة والأطراف والجهاز العصبي ، والجهاز الحركي ، ويذكر رأي المدرسة التحليلية في النمو النفسي ، ورأي المدرسة الإدراكية . وأخيراً يعرض المؤلف لاضطرابات النمو العضوي النفسي لدى الطفل المدرسي . أما الفصل الثاني فحافل بالجديد ، إذ يناقش موضوع استخدام المعلومات في تنمية ذكاء الطفل ، وهو ميدان يعلق عليه الباحثون المعاصرون آمالاً عريضة في رفع مستوى الذكاء البشري . وفي الفصل الثالث يناقش الكتاب موضوع التخلف المدرسي والأمراض المميزة للسن المدرسية ، لينتقل في الفصل الرابع إلى مناقشة موضوع تعلم اللغة ، عارضاً مختلف النظريات في هذا المجال ، خالصاً إلى تجربة المؤلف الشخصية . وينتهي الكتاب بمناقشة المظاهر النفسية التي يمكنها أن تتبدى لدى الطفل المدرسي ، فيناقش المؤلّف الموضوعات التالية : سلس البول ،اضطرابات النطق ، اضطرابات اللغة ، الإصابات الحركية ، العدائية ، الخوف الليلي ، القلق والكآبة ، وأخيراً التخلف المدرسي .

٥ - الطب النفسي ودوره في التربية

متى يلجأ الأهل بطفلهم إلى الطبيب النفسي؟ هذا السؤال يحيّر أعداداً لا بأس بها من الأسر . وهذا الكتاب يبدو إجابة مفصلة ، مستفيضة على هذا التساؤل . ففي فصله الأول ، وتحت عنوان الطب النفسي في خدمة التربية ، يناقش الكتاب موضوعات تربية الطفل في مختلف المراحل ، كما يعرض لتربية العميان والصم والبكم والمتخلفين عقلياً ، ويهتم بالنطق والمتخلفين مدرسياً . أما الفصل الثاني فيخصّص فقرة كاملة لتعيين وقت اللجوء إلى الطبيب النفسي ، ويتلخص ذلك بالنقاط التالية :

١ - إذا لاحظ الأهل تأخر نمو طفلهم وعجزه عن مجاراة الأطفال الآخرين الذين هم في مثل سنه . (ويعرض بهذه المناسبة جداول النمو النفسي - العضوي التي تبيّن الحدود الطبيعية لهذا النمو) .

٢ - مراقبة التحصيل المدرسي للطفل .

٣ - مراقبة معاناة الطفل لمشكلة نفسية ما ، كالتأتأة وتشوهات الحواس ، وسلس البول ، ومص الاصبع ، وقضم الأظافر ، والعدائية البالغة ، والخوف الليلي .
أما الفصل الثالث والأخير فمخصص لدور الطب النفسي في تهيئة المربين . وهو يناقش هذا الموضوع ، انطلاقاً من دور الأم وتربية الأطفال المعرضين لخطر الإصابة باضطراب عقلي ، كما يبحث خلافات الأهل وأثرها السلبي في التربية .

٦ - العلاج النفسي «العائلي»

للمحيط دور رئيسي وفاعل في إحداث الاضطراب النفسي وفي شفائه . وقد أقرت مختلف النظريات الحديثة هذا المبدأ ، حتى بات قسم منها يتوجّه مباشرة إلى علاج المحيط وتهيئته لمساعدة المريض على التكيف معه . وبما أن الأسرة هي أهم عناصر المحيط وأكثرها تماساً بالشخص ، فقد نشأت حديثاً مدارس العلاج الأسري . وهذه المدارس ، وإن توجهت نحو غاية واحدة ، هي تعميق التفاهم الأسري وصلاح الجهاز العلائقي في الأسرة ، لها منطلقات نظرية متعددة . فمنها التحليلي والسلوكي والإدراكي . وترتكز هذه المدارس على المبادىء التالية :

١ - التوجه إلى الأسرة كوحدة علاجية .

٢ - النظر إلى الشخصية الفردية على أنها نتاج للعلاقات داخل الأسرة .

٣ - محاولة تعديل الأنماط الأسرية السيئة .

٤ - إصلاح أخطاء العلاقات داخل الأسرة .

٥ - العلاج الأسري لا يلغي العلاج الفردي وإنما يأتي ليدعمه .

ويبدأ الكتاب بفصل الأنماط «العائلية» الخطرة . وفيه يناقش المؤلف أجواء الأسرة التي من شأنها أن تسهم في ازدياد عوامل الاضطراب النفسي لدى أفرادها . ويلخص هذه الأجواء على النحو التالي : وجود مريض في الأسرة ، خلافات الأهل ، «الاكتضاض» في منزل الأسرة ، الأم السيئة ، الأب السيّىء ، العادات الاجتماعية السيئة . وفي الفصل الثاني ، يعرض المؤلف لمبادىء العلاج الأسري ، فيفرد مقطعاً للأمراض النفسية التي هي في طريقها إلى الزوال ، بسبب تطور المفاهيم الاجتماعية والانعكاسات الإيجابية لهذا التطور على صعيد (العيلة) . ومن ثم فهو يعالج دور الإعلام في دعم الوعي النفسي للأسرة دعماً يحول دون تعقيد المشاكل الأسرية . وفي الفصل الثالث يذكر الدكتور النابلسي بعضاً من الأمثلة التطبيقية المتعلقة بالعلاج الأسري ، فيتحدث عن العلاج «العائلي» لمرض الانفصام ، وعن الإدمان والذهانات المزاجية . أما الفصل الرابع والأخير فهو مخصص لأهم مدارس العلاج «العائلي» ومبادئه . وهذه المدارس هي : الجامعة ، السلوكية ، التحليلية ، الطفلية والعلاج «العائلي» في أثناء النوبة . هذا الكتاب فريد بمجمله ، لأنه مميّز بالنسبة إلى القارىء العربي . فالعلاج الأسري فرع من أحدث فروع العلاج النفسي . ولذا كان الكتاب يفتح أفقاً علاجياً وتربوياً لم يسبق طرحه على صعيد التربية العربية .

٧ - الربو عند الأطفال

عندما يصيب مرض ما ٣ ٪ من أطفال العالم ، وعندما تكون لهذا المرض جذوره النفسية المؤثرة في ظهوره واستقراره وتطوره ، فإنه من الطبيعي أن نناقشه على الصعيد «العائلي - التربوي» . هذا المرض هو الربو الذي أفرد له الدكتور النابلسي سابع أجزاء هذه السلسلة . وكما يوحي العنوان فإن مناقشة هذا الموضوع تقتضي متابعته من مختلف

جوانبه . فإذا كانت الأجزاء الستة السابقة قد أثبتت طول باع المؤلف وأهمية تجارية وأبحاثه ، فإن هذا الجزء يثبت موسوعية المؤلف وقدرته على الإحاطة بموضوعاته من كل الزوايا . فهو يتناول الربو من النواحي التالية :

١ - الطبية بمختلف اختصاصاتها ، من تنفسية وحساسية وطفلية .

٢ - الدوائية بما في ذلك العقاقير الحديثة ، وكذلك الاقتراحات الحديثة للجمع بين العقاقير .

٣ - النفسية بما فيها من استرخائيهة وعلاج بالرسم ، وإدراكية وسلوكية .

٤ - البسيكوسوماتية بمختلف مدارسها وفروعها .

٥ - الجمعية أي الداعية إلى الجمع بين الوسائل العلاجية الكثيرة . وتتضح هذه الموسوعية من خلال استقرائنا فصول الكتاب ، وهي :

١ - الربو وطب الأطفال .

٢ - الربو والبسيكوسوماتيك .

٣ - العلاج النفسي للربو .

٤ - دراسة ميدانية . هذا الفصل هو الأهم ، إذ يختصر مختلف الفصول السابقة عن طريق عرضه لدراسة تطبيقية أجريت على مجموعة من الأولاد المصابين بالربو ، تم علاجهم بالطريقة الجامعة التي تأخذ بمختلف الأساليب العلاجية ، وتحديداً العلاجات التالية : العلاج الدوائي - العلاج المناخي - العلاج الاسترخائي - العلاج باللعب - العلاج بالرسم . وتخلص هذه التجربة إلى إثبات فعالية الطريقة الجامعة في علاج الأطفال الربويّين .

هذه السلسلة بما تحويه من تجارب ونظريات حديثة ، لا يزال بعضها ينمو ويتطور حتى كتابة هذه السطور ، هي إضافة مهمة إلى المكتبة العربية الاختصاصية . وكذلك أسلوبها المبسط ، فإنه يجعلها بمتناول الأهل والمربين ويكسبها صفة «الضرورية» لكل أسرة . غير أن أهم ما في هذه السلسلة . مجموعة الآلات والأجهزة المقترحة فيها . فهناك جهاز لقياس موجات بكاء الطفل وتحديد نوعية هذا البكاء (بكاء غضب ، أو جوع أو عطش) . وهنالك جهاز التدليك الذي يعطي انقباضات شبيهة بتلك التي يعطيها الرحم

في أثناء الولادة ، إضافة إلى اقتراحات المؤلف حول أجهزة تسهم في معالجة اضطرابات النطق ، وغيرها من الطروحات التي لا تزال في حدود النظريات ، ولكنها ممكنة الظهور إلى حيّز الواقع .

في نهاية هذا العرض ، نقتطف هذا الجدول من كتاب «ذكاء الرضيع» ، وهو يشير الى مراحل النمو الحركي - النفسي لدى الطفل منذ ولادته ولغاية عمر ١٥ شهراً .



٣ - الطفل والدم والأمل

(سرطان الدم لدى الطفل)*

يعد سرطان الدم (اللوكيميا) في طليعة الأمراض البسيكوسوماتية الخطرة التي تصيب الأطفال . وفي مثل هذه الحالات ، بالنظر إلى خطورة المرض ، يكون دور الصدارة للإختصاصي العضوي ، في حين يأتي العلاج النفسي ليلعب دوراً ثانوياً محدوداً . ومؤلف هذا الكتاب ، هو البروفسور جان برنارد الاختصاصي العضوي ، الذي وصل إلى قمة الشهرة في الاختصاص . وفي هذا الكتاب يعرض برنارد نضاله الطويل في وجه المرض والموت ، فيقول :

خلال سنوات الكفاح ، أدركنا أن الأطفال هم دائماً الضحية الأكثر استثارة للشفقة . ذلك أن إصابة الطفل ، تخلف لديه آثاراً درامية بالغة ، تمتد مباشرة الى الأهل الذين يتعذبون لأجل طفلهم أكثر من عذابهم لأجل أنفسهم . ثم يمتد العذاب ليطال الممرضات والأطباء . في هذا الكتاب ، أردت أن أعرض لمواقف مختلف هذه الفئات أمام إصابة الطفل بسرطان الدم الذي يصيب النخاع الشوكي ، والذي كان دائماً مرض الأطفال الرهيب . وكنت مع رفاقي ، قد بدأت النضال ضد هذا المرض منذ العام ١٩٤٧ . وفي ذلك الوقت كان المرض يقتل ضحاياه من الأطفال خلال شهرين . من حينه ولغاية اليوم تحسنت القدرات العلاجية وتطورت حتى وصلنا إلى نسبة شفاء تتراوح بين ٦٠ و ٧٠ ٪ . ونحن لا نقرر شفاء الطفل بخفة وبساطة . فلكي نقول بشفاء الطفل ، فإننا ننتظر عشر سنوات كاملة ، فإن لم يظهر المرض خلال هذه السنوات ، صرحنا أن الطفل قد شفي من المرض .

خلال هذه السنوات قمنا بتحليل درامي لمواقف الأطفال أمام المرض ، والدخول إلى المستشفى ، وأحياناً مواقف الأطفال المرضى أمام الموت . وفي الفترة الأخيرة تمكنا من دراسة ردود فعل الأطفال أمام المرض بعد شفائهم منه (بعد أن أصبح الشفاء ممكناً) . من

* l'enfant, le sang et l'espoir - Jean Bernard,. Ed. Buchet - chastel.

خلال هذه المتابعة تمكنا من تحديد ثلاثة مواقف محددة لهؤلاء الأطفال ، وهي :

١ - موقف إنكار المرض : بحيث ينكر الطفل مرضه ، ويفترض أن الأطباء قد أخطأوا في تشخيصهم لمرضه الذي لا علاقة له بالسرطان .

٢ - موقف الانتصار : إذ ينفخ الطفل صدره ، ويقول : «لقد تغلبت على المرض وقهرته» .

٣ - الموقف الانفعالي : وهو الأكثر دراماتيكية وتأثيراً ، إذ ان الطفل لا يستطيع أن يصدق براءته من المرض . حتى أن بعضهم يستمر في تناول الدواء . (يلاحظ أن هذه المواقف الثلاثة لا تختلف كثيراً عن مواقف البالغين بعد نجاتهم من الأمراض الخطرة - «الثقافة النفسية») .

هذا ويشترك الأطفال ، عن الفئات الثلاث ، من حيث رغبتهم في تثبيت وضعهم كأصحاء ، وهذا ما يفسر إصرارهم على المساواة مع الأطفال الأصحاء . ذلك أن عدم مساواة الطفل المريض مع الأصحاء هو مصدر عذاب وتعاسة للطفل . وعدم المساواة هذه يشعر به طفل اللوكيميا بحدة . فهو ، وفق العلاجات الحديثة ، قادر على الاستمرار في دراسته ، ولكن عليه أن يرتاح بعد الطعام (عوضاً عن أن يلعب) . ومن وقت لآخر عليه أن يدخل المستشفى للعلاج (مما يعيق تحصيله المدرسي وإمكانيات تفوقه) . وهكذا يحاول الطفل تكثيف جهوده لتعويض تخلفه القسري . وقد توصل بعض الأطفال ، المصابين باللوكيميا ، إلى تحقيق منجزات حتى على الصعيد الرياضي (حطمت إحدى المريضات الرقم القياسي في سباحة المئة متر في شمال أفريقيا . وذلك بعد ١٠ أو ١١ سنة من كفاحها مع المرض) .

إن اللوكيميا هي تجربة قاسية للأهل وذلك بالرغم من تقدم آمال الشفاء . ولكن الأمور كانت أكثر قساوة لغاية العام ١٩٥٠ . فحتى ذلك التاريخ ، كنا نقول للأهل بأن هناك إمكانيات للتحسن . ولكننا لم نكن نعرف ، في حينه ، ولا حتى حالة شفاء واحدة . أما اليوم فبإمكاننا أن نقول للأهل : «إن لولدكم حظ الشفاء بنسبة ٧٥ ٪ . كما أن الأهل اليوم يمكنهم أن يبقوا مع ولدهم في المستشفى . علماً بأن انفعال بعض الأهل يمكنه أن ينعكس بصورة سلبية على نفسية الطفل المريض . وهنا يحضرني قول البروفسور ديباري : «إن طب الأطفال كان بالغ السهولة لو لم يكن لهم أهل» .

قد يبدو عرضنا هذا متناقضاً . ولكننا نؤكد أن وجود الأهل يمكنه أن يكون ضاراً كما يمكنه أن يكون نافعاً . فكم من حالة سارت فيها الأمور على ما يرام حتى حضور الأم التي تعقد كل شيء . على أن هناك أهلاً يضبطون إنفعالاتهم بداخلهم ، ويعملون جاهدين على مساندة ولدهم وتشجيعه طوال فترة العلاج . لقد استوعب الإنكليز مختلف هذه الاشكالات فعمدوا إلى بناء فندق خاص بالأمهات ، بالقرب من المستشفى . وهكذا ترتاح الأم لعلمها أن ولدها موجود على بضعة أمتار منها وأن الطبيب سيستدعيها بالسرعة الكافية عند حصول أي إشكال لإبنها .

بهذا نصل إلى مناقشة معاناة المرضين والممرضات وشقاءهم من خلال عنايتهم بأطفال اللوكيميا . والحق أن معاناتهم أعمق من معاناة الأطباء . فنحن نقوم بالزيارة الصباحية لنعود إلى مراكز أبحاثنا ، في حين يبقى هؤلاء ليعيشوا مآسي الأطفال . وبالنسبة للأطباء فإن إيجاد علاج مناسب هو عامل مشجع تفتقده الممرضات اللواتي يعشن المأساة الناجمة عن عجز العلاج أمام المرض .

في تلك الفترة تلقينا مساعدة هامة من قبل الاختصاصيين النفسيين . وكان وجود هؤلاء في مركزنا مهماً وصعباً في الوقت نفسه . ذلك أن لدى الأطباء والممرضات مهام محددة تجعلهم يعتبرون الطبيب النفساني بمثابة المزعج في بعض الأحيان . ولكن الواقع هو عكس ذلك ، فبعد خبرة أكثر من ثلاثين سنة أقول : ان أهمية الطبيب النفسي في مركزنا تساوي أهمية طبيب الأشعة ، فكلاهما مساعد لنا من الدرجة الأولى .

والآن كيف نتعامل مع طفل اللوكيميا؟ من طرفنا فإننا لا نعامل هذا الطفل كمخلوق أدنى . ولذلك نجد من واجبنا أن نشرح له الأمور (مثلاً : سنجري لك هذا الفحص وستتألم لمدة ثلاث دقائق وبعدها ينتهي كل شيء) . كما نحاول ، قدر الإمكان ، أن نخفف ما يصعب على الطفل احتماله . فهو مثلاً : يكره البقاء في المستشفى اثناء الليل . ولذلك أنشأنا في العام ١٩٨٦ أول مستشفى نهاري في العالم لعلاج هؤلاء الأطفال . ولكن إلى أية درجة يمكننا مصارحة هؤلاء الأطفال؟ زملاؤنا الأمريكيون يفسرون كل شيء للطفل ابتداءً من عمر السنتين . ولهم في ذلك ذريعتان هما : ١ - إبراء ذمتهم . و ٢ - إنهم يتعرضون للمحاكمة في حال حصول أي حادث لدى مريض أخفوا تشخيصه . ولكن لا بد لنا من مراعاة الفوارق الجغرافية والنفسية والأخلاقية بين أميركا وفرنسا ، إذ ينظر الأميركيون الى الطفل ككائن أدنى ، وهم يكتفون ببعض كلمات

التشجيع . وهذا ما لا نقبله نحن ، إذ نصر على أن يكون اتصالنا مع الطفل في حدوده القصوى .

وفي النهاية ، فإن هنالك قاعدة طبية مطلقة تقسم مراحل مجابهة المرض إلى أربعة ، هي :

١ - يكون المرض قاتلاً ، ولا تنجح معه العلاجات المعروفة .

٢ - يعالج المرض علاجات قاسية ومكلفة .

٣ - يعالج المرض علاجات بسيطة .

٤ - يتابع المرض ويُعملُ على توقعه ومكافحته . وفي حالة سرطان الدم ، فإننا نتوقع الكثير من التقدم خلال السنوات الخمس عشرة القادمة .

الفصل الثاني
الصحة النفسية والعقلية للطفل

الطفل البشري هو مخلوق قيد التطور . انه مشروع انسان بالغ بكل ما لهذا المشروع من احتمالات الفشل والنجاح . من هنا ، فان صحته النفسية والعقلية غير ممكنة الملاحظة والمراقبة على النحو الذي نقيم فيه صحة البالغ ومدى توازنه النفسي . فالجهاز العصبي للطفل يتطور باستمرار ، واعصابه تتغطى تدريجيا بمادة النخاعين . لذلك يتوجب على الاهل ان يتعرفوا الى مراحل نمو الطفل ، والمتوسطات الطبيعية لهذا النمو ، حتى يلاحظوا اذا كان نمو طفلهم حاصلاً وفق المعايير الطبيعية للنمو . فاذا ما لاحظوا خللا او تخلفا في هذا النمو ، فان ذلك يجب ان يدفعهم لاستشارة الاختصاصي ، بعيدا عن التستر بالوقت والانتظار ،كي لا يمر الوقت فتنخفض قدرات الاختصاصي على التدخل لمساعدة الطفل .

في هذا الفصل عرض للمواضيع التالية :

١ - الصحة النفسية للطفل / د . سلمى المصري دملج : حيث ترتكز المؤلفة على الدور التربوي الوقائي لعلم النفس . مخاطبة المهتمين بأسلوب حواري يستبق الاسئلة ويطرح الاجوبة عليها . اذ خبرت المؤلفة هذه الاسئلة من خلال تجربتها .

٢ - الصحة النفسية والاجتماعية للطفل - التعامل والتعاون مع الآخرين / د . محمد أحمد النابلسي : حيث يعرض المؤلف للصحة النفسية ، عارضا لجدوال النمو النفسي - العضوي للطفل ، منذ ولادته ولغاية نهاية المراهقة . بعدها تعريف بالصحة الاجتماعية ، والتفاعل بين الولد وبين المجتمع ، وفيه :

١) - التعامل مع الاهل - ٢) - قواعد السلوك مع الكبار - ٣) - التعامل مع الاصدقاء (بقية الاطفال) .

٣ - الصحة العقلية للطفل - تنمية القدرات العقلية للطفل / د . محمد أحمد

النابلسي : وفيه تعريف للصحة العقلية ، وعرض لاضطراباتها ، ومن ثم عرض للقوى المعرفية - الادراكية لدى الطفل ، وهي : الانتباه والذاكرة والتفكير والوعي والإدراك والخيال والارادة . . . الخ .

وايضاً ، عرض لتقسيم بياجيه لمراحل التطور الادراكي للطفل . كما يناقش المؤلف مواضيع تنمية القدرات العقلية للطفل ، وبسيكوسوماتيك الطفل .

هذا الفصل ، من خلال مقالاته الثلاثة ، يجيب على العديد من الاسئلة التي طرحها الاهل والمربون عادة . وفي مقدمتها :

١ - متى نلجأ بالطفل للعلاج النفسي؟ : عندما يلاحظ الاهل عجز الطفل عن اكتساب المهارات الخاصة بعمره ، او عندما يلاحظون تغيرات سلوكية او جسدية او نفس حركية ، فان عليهم ان يدركوا بان طفلهم بحاجة للفحص الطبي - النفسي .

٢ - التعرف الى المفاهيم التربوية الاساسية : وأصلاً ماذا تعني المصطلحات مثل التربية والتوافق ومستوى التوافق . . . الخ .

٣ - ماهية الاضطرابات الطفلية : غالباً ما يجهل الاهل امكانيات وجود علاج للاضطرابات التي يلاحظونها لدى اطفالهم . فبعضهم يجهل الروابط ، بين حالة الطفل النفسية وبين معاناته ، من سلس البول او من اضطراب النطق او من العصابات الحركية (مص الاصبع ، هز الرقبة . . . الخ) .

٤ - معايير النمو العضوي النفسي الطبيعية .

٥ - تصنيفات الاضطرابات ، ومدى خطورتها ومستقبلها .

١ - الصحة النفسية للطفل

د . سلمى المصري دملج *

تقع ازمات هذا العصر المعقدة على كاهل الطفولة ، التي تتحمل تعقيدات الحياة العصرية ، وما يتفرع عنها من الشدائد ، ومن ازمات الفقر والمديونية .وامام هذه الوقائع القيت على عاتق علم النفس الحديث مسؤوليات أخلاقية جديدة . إذ لم يعد دوره مقتصراً على مساعدة الأطفال المعانين من الاضطربات النفسية المختلفة ، بل بات يتخطى هذا الدور ، الى ادوار الوقاية ، وتأمين المناخات الملائمة لتطور الطفل ، على الصعيدين النفسي والجسدي ، بحيث لا يعيق المحيط تطور ونمو شخصية الطفل .

في ما يلي ، تعمد الدكتورة سلمى المصري دملج ، الى مناقشة هذه الاشكاليات ، مركزة على الدور التربوي الوقائي لعلم النفس .

إن القلق الذي أضحى سمة ملازمة للقرن العشرين ، اكثر ما يتجلى اليوم بمظاهر الشك والريبة ، مما قد يأتي به مطلع القرن الجديد ! .

فبرغم الانجازات الكبيرة والهامة التي تدرج فيها الانسان المعاصر في معارج المعرفة والتكنولوجيا ، وما حققه في هذا المجال من تراكم كمي ، وفقاً لتصنيفات حسابية ذات معدلات مرتفعة ومعقدة ، استطاع ان يوظفه لتجسيد ما نشهده من تقدم مادي يعصى على كل المعايير والمقاييس . إلا ان انسان هذا القرن أضل السبيل المرتجى ، فقد نسي نفسه وأهمل ذاته ، فانقلب السحر على الساحر ، فصرعه السباق العلمي وتركه أسير الشكوك والهواجس والمشاعر القلقة ، والاضطرابات العاصفة وشحنات التوتر وحالات من عدم الاتزان والتوازن .

عذراً لهذه النظرة التشاؤمية ، إلا ان ابتغاء الأفضل ، لا يكون إلا بمعرفة ومواجهة الواقع ، بشكل علمي وموضوعي . فالزيادة المضطردة للمشكلات الاجتماعية التي ما

* الموسم الثقافي لمركز الدراسات النفسية - أقيم في الجامعة اللبنانية ، كلية الاداب - الفرع الثالث - منشورة في مجلة الثقافة النفسية .

تتئت تعترض الافراد ، والاضطرابات النفسية التي تولدها ، اضحت من الفداحة ، بحيث لا بدّ معها من الوقوف أو التمهل لإعادة النظر في الوضع المأساوي المتردي الذي وصلت ليه الانسانية .

وما يعزز نظرتنا هذه ، ان مقارنة سريعة بين طفل الامس وطفل اليوم تطلعنا وضوح على ازدياد سمات الشخصية المضطربة عند الأخير ، افراط في الاستجابة لانفعالية ، ارتفاع في درجة الحساسية ، سرعة التأثر مع عدم ثبات حتى مظاهر القلق . . . ن هنا كان الاهتمام المتزايد بالصحة النفسية التي اصبحت علماً قائماً بذاته ، وموضوعاً دراسة عملية منظمة ومنهجية منذ اكثر من نصف قرن .

ما هو مفهوم الصحة النفسية؟

إن الصحة النفسية تعني المرض والاضطراب النفسي أو البرء منه . هذا بالمعيار السلبي ، كما قد تعني توفر مجموعة من الشروط تدفع بالوظائف النفسية التي تنطوي عليها الشخصية لتقوم بمهامها بشكل متناسق ومتكامل وموحد ، وهذا بالمفهوم الايجابي .

ما هي اهداف ومرامي الصحة النفسية؟ . . .

إن الصحة النفسية باعتمادها نتاج علوم اخرى الى جانب علم النفس ، كعلم لاجتماع ، وعلم جسم الانسان ووظائفه ، تهدف إلى :

١ - وقاية الطفل من الاضطرابات النفسية عن طريق تحديد العوامل التي يمكن أن يؤدي وجودها الى تلك الاضطرابات ،والعمل على ازالتها وابعاد الطفل عنها .

٢ - توفير الشروط اللازمة التي تهب الطفل مناعة تساعده على مواجهة المواقف الصعبة ، وتجعله اكثر قدرة ومرونة لتحقيق الحل الملائم لمشكلاته التوافقية .

٣ - المحافظة على الصحة النفسية ورعايتها ، عن طريق تدعيم وتعزيز الشروط المساعدة لاستمرار التوازن النفسي ، والتكيف الجيد للطفل مع محيطه من جهة ، ومن جهة أخرى ، علاج اي سوء تكيف او اضطراب قد يطرأ على سلوك الطفل فور ظهور ملامح الخلل النفسي قبل ان ينمو ويتطور ، ومع نموه وتطوره يتعقد ويتعمق ويترسخ في اغوار النفس ، الأمر الذي يجعل علاجه أصعب وأدق .

ولئن كان الذين يقومون بعلاج الحالات المبتدئة لسوء التكيف وحالات العصاب عند الطفل، هم الاخصائيون في الطب العقلي والاخصائيون النفسيون، فإن ما يهمنا في هذا البحث هو الصحة النفسية الوقائية والايجابية التي تقع على كاهل الآباء والمربين .

إن التطرق لموضوع الصحة النفسية عند الطفل يتطلب الاحاطة الشاملة بالنواحي النظرية والتطبيقية .

- **من الناحية النظرية** : الدراية الدقيقة والمعمقة والمفصلة لموضوع الدراسة (الطفل)، من مراحل نموه الى حاجاته والصعوبات المنتظر ان يواجهها في نموه وسوء التكيف الممكن ان يتعرض له .

- **ومن الناحية التطبيقية** : العمل على تطبيق الأسس النظرية للصحة النفسية، من حقائق ومعارف، على الافراد سعياً لوقايتهم في حال السواء وعلاجهم في حال المرض .

وفي هذا السياق، يمكننا أن نذكر تعريف **Querido** لعلم الصحة النفسية، «بأنه مجموعة الفعاليات القائمة على بناء المعارف والمفاهيم العلمية والمتجهة نحو انماء الصحة النفسية للانسان، وحمايتها والحفاظ عليها وعلاجها» .

مظاهر الصحة النفسية :

تتجلى الصحة النفسية بمظاهر عدة، نذكر منها :

١ - تماسك الشخصية ووحدتها . ويؤكد على هذا الجانب كل من فرويد وجانيه، إذ يعتبرانه اساس الصحة النفسية . وتماسك الشخصية يستدعي توافق الاحتياجات الشخصية للمرء، مع الهدف الذي يبغيه من سلوكه في تعامله مع المحيط .

٢ - التوافق مع المعايير الاجتماعية من دون ان يؤدي ذلك الى تقييد حرية الفرد وخفض انتاجيته وطمس هويته الشخصية .

٣ - التكيف مع الواقع بمواجهته او تحاشي اللجوء الى وسائل دفاعية ملتوية .

٤ - الثبات في المواقف التي يتخذها في تعامله مع المحيط، فلا تناقض فاضح ولا مفاجآت، بل سلوك مرتقب يتماشى ومجمل مظاهر شخصيته .

٥ - النضج النفسي وما يستتبعه من قدرة على الاستجابة الانفعالية المتوازنة، من

دون جموح عاطفي ، ولا برودة وجمود ، بل استجابة تتناسب مع عمر الطفل والموقف الذي يحيط به .

٦ - القدرة على العطاء والانتاجية والاندماج في البوتقة الاجتماعية ، يعززها ميل للمشاركة والتعاون والغيرية .

البعد العلائقي للصحة النفسية :

ما يميز حياة المولود الجديد عند الجنس البشري عن غيره من الكائنات الحية ، أنه يولد ضعيفاً ، وفي حالة تبعية تامة لفترة طويلة نسبياً ، مما يجعله غير واثق من ذاته ، وغير مطمئن للعالم المادي من حوله . وقد يكون عجزه في سنواته الأولى ، عن تكوين فكرة الاحتفاظ بالشيء ودوامه ، كما يقول بياجيه ، سبب معاناته المريرة في علاقاته التوافقية مع الآخر .

في البدء تنحصر علاقة الطفل إلى حد بعيد بأمه ، التي يعتمد عليها كلياً في اشباع رغباته وحاجاته الفيزيولوجية الضرورية ، إلّا انه غالباً ما يقف عاجزاً عن فهم التناقض الظاهري في معاملتها له ، حب وحنان تارة ، لا مبالاة واهمال تارة أخرى . فيجد نفسه ، منذ حداثة سنه أمام صورٍ متناقضةٍ للأم الطيبة ، التي تسعى لتلبية متطلباته باندفاع ورغبة ، وصورة الأم الخبيثة التي تحول دون هذا الاشباع ، مع ما يصاحب ذلك من ألم ومرارة . هذا التناقض الظاهري في الموقف من قبل الأم ، وعجز الطفل عن فهم ملابساته ، ينعكس سلباً على الأخير ، وغالباً ما تؤدي حدته إلى ضعضعة اتزانه النفسي .

من هنا نفهم إلى أي حد يرتبط توازن الطفل النفسي بنوع العلاقة التي يقيمها مع الآخرين . فالصحة النفسية الجيدة تنبع من علاقة منسجمة ، في حين أن سوء التوافقات يصبح خير دليل على انحراف هذه الصحة .

ماذا نعني بالتوافق؟

التوافق او التكيف ، كما يقول ليفن ، هو : «عملية سلوكية معقدة هدفها إقامة التوازن بين المحيط النفسي الداخلي للطفل والمحيط البيئي الخارجي» .

ينطوي المحيط النفسي الداخلي على عدد من الحاجات والقيم والخبرات ، التي يحملها الطفل معه ، والمركبات التي يمكن ان توجد عنده . اما المحيط الخارجي فيشمل البيئة الفيزيائية والاجتماعية معاً .

والتكيف هو عملية تفاعل دينامي ، لا تقف عند حدود ما يحصل لدى الفرد من تغير ، بل يعني ، بالإضافة الى ذلك ، ما يقدم عليه الفرد من تغيير في محيطه .

ويلجأ الفرد الى عملية التكيف في كل مرة تتعارض المطالب التي يفرضها كل من المحيطين . فقد يشعر الطفل في آن معاً رغبة شديدة بمتابعة النوم صباحاً وبواجب النهوض للذهاب الى المدرسة ، وقد يلجأ لحل هذا التعارض في الدوافع عنده الى ادعاء المرض لتبرير بقائه في السرير ، او قد يتقبل النهوض والاذعان لطلب الأم ، ويعتقد العزم على مذاكرة دروسه عند المساء بسرعة ليتسنى له النوم باكراً . في الحالتين حصل تكيف ، انما في المثل الاول ، لم يكن تكيفاً حسناً ، لأنه توسل طريقة ملتوية في الوصول الى الهدف (الكذب) ، مما يجعل الطفل يشعر بتوتر وعدم راحة ويعرض علاقته مع الغير للتأزم والحظر واكتساب اسلوب خاطىء في الحياة (هنا التمارض وادعاء المرض للوصول الى الهدف) .

أما الموقف الثاني ، فيدل على نضج كافٍ ، ساعد الطفل على ارجاء الاشباع ، وتخفيف الضغط ووضع حد للتردد والصراع .

إلا أن هناك حالات يكون التعارض بين المطالب شديداً ، مما يجعل الوصول الى حل تكيفي صعباً جداً ، إن لم نقل مستحيلاً . فيشعر الطفل بالخيبة ويمر بحالة من الاحباط تدفعه الى مزيدٍ من المحاولات التكيفية، او الى الاستكانة والقنوط او الى سلوك غير مقبول . وقد يحاول مراراً ان يعيد النظر بالخطأ مكرراً ، المحاولات الى ان يصل الى سلوك تكيفي .

وهكذا نجد ، ان الازمات النفسية عادة ما تنشأ عن حرمان الطفل مما يرضي احد الدوافع التي اصبح نداؤه لها قوياً ملحًا ، او بتهديد هذا الدافع او إعاقته عن التنشيط بأية وسيلة كانت . وتتفاوت هذه الازمات شدة وخطورة تبعاً لقوة الدوافع المتصارعة ، ولكثرة الزواجر الاخلاقية والاجتماعية . وقد يصبح الطفل عرضة للاضطرابات النفسية ، وحتى الجسمية احياناً ، إن لم يوفق الى حل الازمة بطريقة سريعة ومرضية .

وما يعين الطفل على اقامة علاقة سوية توافقية مع المحيط هو :

١ - معرفة مدى مطابقة الصورة التي يكونها الطفل عن ذاته لما يراه الغير فيه .

٢ - معرفته لحقيقة قدراته وميوله واهدافه .

٣ - ثقته بذاته ، وهذه تنبع من المكانة التي يحتلها الطفل في نظر ووعي الآخرين .

٤ – اكتسابه وتسلحه بالطرائق والوسائل والعادات السلوكية ، التي تساعده على مواجهة حقيقية للمواقف الصعبة ، وليس التهرب والمواربة وارجاء الحل .

٥ – قدرة على ادراك العلاقات والتحليل ، ساعده على تقدير حقيقي للموقف الضاغط .

كل هذه العوامل إذا ما توافرت للطفل ، اصبح اكثر قوة وصلابة في مواجهة الصدمات والاحباطات من دون ان تترك آثاراً مرضية على صحته .

من هنا يبقى علينا ان نتعرف الى حاجات الطفل ودوافعه الداخلية ، ومتطلبات لمحيط ، لنخلص بالنتيجة الى مناشدة الأهل والمربين بتحمل مسؤولياتهم . فمن خلال علاقة الطفل بهم ، تترسخ المفاهيم والقيم ، وتكتسب العادات وانماط السلوك ، فعليهم تقع مسؤولية اضطراب الطفل حين حدوثه ، ولهم يعود الفضل بسعادة الطفل ، وتفتق قدراته وطاقاته .

حاجات الطفل :

سبق وذكرنا بأن الاتزان النفسي يعود الى اشباع حاجات الطفل من دون ان يؤدي ذلك الى تعارض مع المعايير الاجتماعية والظروف البيئية .

فالمولود الجديد يجد نفسه ، منذ ولادته ، في محيط فيزيائي يختلف جذرياً عما كان عليه وهو جنين ، مما يجعل امكانية بقائه واستمراره بمواجهة هذا المحيط القاسي بشروطه ، وهو الضعيف العاجز ، إن لم يجد الدعم والسند الكافيين . وهذا يضعه في حالة تبعية واعتماد مطلق على الموكلين برعايته وتلبية حاجاته الفيزيولوجية من طعام وشراب ونظافة ، أعني بهم الأهل وخاصة في مثل هذه السن الأم .

إلا ان صحة الطفل النفسية وتوازنه العاطفي لا يتوقفان على تلبية الحاجات الفيزيولوجية ، بل يرتبطان بشكل قوي ، بمدى قدرة المحيط على توفير الطمأنينة النفسية التي تعينه على التوافق مع محيط عدواني ومتطلب وقاس .

إلا ان الاحساس بالطمأنينة ، كما يقول العالم **Preston** ، يستدعي توفر الحب والقبول والاستقرار معاً . ويعيد مسؤولية توفير هذه الأركان الثلاثة الى الوالدين من خلال علاقتهم المباشرة مع الطفل .

الحاجة الى المحبة : لا أبالغ حين اقول : بأن الراشد لا يمكن له ان يعيش إن لم يشعر بالمحبة ، حوله ، فكيف بالطفل اذاً ، وهو المخلوق الضعيف العاجز عن تأمين ابسط متطلباته وحاجاته . وما يؤكد حاجته الماسة الى المحبة ، تلازم وجوده منذ ولادته ، وحتى ما قبل الولادة ، بالقرب من ينبوع دفاق من الحب والحنان والعطف ينتظر مجيئه بلهفة ليغدق عليه العطاء . فالحب الذي تقدمه الأم لوليدها ضروري ، ليس فقط لنموه العاطفي وانما ايضاً لنموه الجسدي والعقلي فهو الغذاء النفسي للطفل على حد تعبير **Spitz** . وتؤكد ذلك الدراسات التي أجريت على اطفال المؤسسات الذين نشأوا بعيداً عن أمهاتهم . وقد تكون الدراسة ، الأكثر اثارة ودلالة ، تلك التي اجرت مقارنة بين اطفال تربوا في مؤسسات توفرت فيها كل أسباب الرفاهية والعناية ، واطفال نشأوا في السجون مع أمهاتهم المنحرفات ، إذ تبين ان نمو اطفال المجموعة الثانية كانوا أوفر حظاً بكثير من جميع النواحي النفسية والعقلية وحتى الجسدية ، قياساً الى نمو اطفال المجموعة الاولى . كما ان التجارب ، التي قام بها **Harlow** على صغار القردة ، اكدت حاجة الصغير الى وجوده بالقرب من امه اكثر من حاجته الى الطعام . وإذا كنا نستطيع ان نعيد سبب هذه الحاجة الى حالة الالتحام التي كانت قائمة بين الأم وطفلها وهو في احشائها ، فإننا نستطيع ان نفهم أثر صدمة الولادة عليه ، والمعاناة والاحساس بالغربة التي تسيطر على المولود الجديد عند الوضع ، عندما يتم الانفصال الجسدي بينهما .

لا نبالغ هنا إذا قلنا بأن الطفل ، رغم حداثة سنه ، يمتلك القدرة على تمييز الحب الحقيقي من بعض المظاهر الخداعة . فالهدايا والحلوى والكلام المعسول نادراً ما يخدع الطفل . وإن حصل فلفترة وجيزة . فالرضاعة التي ترافقه بعاطفة قوية وحارة تشعره بالطمأنينة والأمان ، كذلك المداعبات اللمسية الحنونة . في حين ان الملل والضيق ، الذي تبديه الأم عند ارضاع الطفل من ثديها وابعاده عنه بقوة ، ينعكس عنده شعوراً بعدم الثقة والحرمان والعدوان .

الحاجة الى القبول : لا بد من ان يتلازم شعور الطفل بمحبة والديه مع احساسه العميق بأنه مقبول منهما . وليس المقصود هنا الطفل غير المنتظر ، إذ انه منذ ولادته يصبح مقبولاً من والديه . انما ذلك الصبي الذي تأبى أمه الا ان تعامله كبنت منذ صغره فتلبسه الفستان وتترك له شعره يسترسل على كتفيه ، أو تلك الطفلة التي أهانت بمجيئها الى الحياة مشاعر وتوقعات والدها . إن احساس الطفل بأنه مقبول ، وان له مكانة مميزة عند

والديه يولد عنده شعوراً بالطمأنينة والأمان ، ويقوي ثقته بنفسه وبالعالم من حوله . وقد لوحظ انه رغم كل مظاهر القبول والمكانة التي تعطى للطفل من خلال توفير اسباب الراحة وتأمين حاجاته فإن حدسه يستطيع ان يبين مدى حب ابويه له ورغبتهما به ، وحتى نوع العلاقة التي تربطه بهما ، ولو بشكل غامض ، وهو يتأثر بالحقيقة المستترة اكثر مما يتفاعل مع المظاهر البيئية . إذ ان عدم قبول الطفل لا شعورياً من قبل الأهل ينطوي على مقدار اكبر من الاخطار بالنسبة للطفل .

ان احساس الطفل بأنه منبوذ من أبويه او من احدهما ، يولد عنده شعوراً غامضاً بالذنب يرافقه احساس عميق بالقلق ، فيحاول ان ينسج حوله ، في هذه الوضعية ، اوهاماً واسباباً خيالية . وفي كل الحالات ، لا بد ان يترك ذلك آثاراً سلبية على صحته النفسية .

والمكانة التي يحتلها الطفل في وعي الأهل ، يجب أن تنطلق من قبول الطفل لذاته وليس لأفعاله او لما يحققه من أمان وأحلام أبويه واعية كانت أو غير واعية .

من هنا نستطيع ان نفهم الآثار العميقة التي تنجم عن علاقة الطفل بوالده . فالطفل لا يؤذيه عقاب أو تعنيف على ذنب اقترفه ، إذا كان موقناً من حب والديه له وقبولهما به ، في حين أن اكثر ما يؤلمه نفسياً هو شعوره باللامبالاة وبالبرودة العاطفية التي تخيم على علاقة والديه به رغم سعيهما الحثيث لتأمين وسائل الراحة والرفاهية له .

الحاجة الى الاستقرار : إن شعور الطفل بالطمأنينة والأمان لا يتم إن لم تتصف علاقته التي يقيمها مع والديه بالاستقرار والثبات ، فتكون له الأساس المتين الذي يضفي على حياته نوعاً من الراحة مما يعطيه القدرة على تقبل الإحباط والتوفيق بين الدوافع . وان اثبات ردات فعل المحيط في المواقف الواحدة يسهل عليه مفهوم السلطة والقانون وتمييز الممنوع من المرغوب ، والواجب من الحق ، من دون ان يمس ذلك كيانه وتكامل شخصيته ، ويعينه على ضبط غرائزه ، واشباع حاجاته ، والسيطرة على انفعالاته ، وبالتالي التكيف مع الواقع ، فيخف عنصر المفاجأة الذي يضعضعُ له كيانه ، إذ تصبح ردات فعل المحيط متوقعة ، وتصبح لديه الثقة الكافية لمواجهتها والتكيف معها .

واكثر ما يسيء الى الطفل هو تدخل مزاجية الأهل وحالاتهم الانفعالية الآنية ، في تحديد أطر العلاقة التي يقيمونها معه ، فتلبى طلباته لا لحاجته الماسة لها ، أو لجدارته او استحقاقه ، وانما لظروف عابرة مرت بالعائلة ، وقد يحرم من القيام بعمل محبب إليه ، لا لخطأ ارتكبه ، وانما لخلاف عابر نشب بين أبويه ، فكان الطفل كبش المحرقة . والامثلة في هذا المجال كثيرة .

من هنا نرى ان الاتزان النفسي للطفل يتأثر مباشرة بمدى ملاءمة ردات فعل الأهل مع توقعات الطفل . إلا اننا اكثر ما نخشاه على تكامل شخصية الطفل وتناسقها ،هو ذلك الضرر الذي يلحقه من جراء تناقض مواقف واتجاهات الأهل الأخلاقية والدينية تجاه الطفل . ويرى البعض أن الطفل يمتلك «راداراً» داخلياً حساساً يشعره بهذا التناقض مهما حاول الأهل جادين اخفاءه للتقليل من آثاره السلبية . إذ بمواجهته يتذبذب الطفل في مواقفه إلى ان يستقر به الأمر ، ولو ظاهرياً ، بالتحزّب لأحدهما من دون الآخر ، مما يولد عنده مشاعر الذنب التي تتخذ مظاهر قلق واضطراب وعدم ثبات .

مما تقدم نستطيع ان نرى الى أي حد تتأثر صحة الطفل النفسية بطبيعة العلاقة التي يقيمها مع ابويه ، وبمدى حاجته الى اغداق مشاعر الحب عليه بشكل رصين ودائم ، واشعاره بمكانته المميزة عندهما ، فينشأ قوياً قادراً على تخطي المراحل الحساسة من نموه ، والتغلب على نزواته ، والتنازل عن انانيته ، وارجاء اشباع حاجاته والتسلح بالواقعية ، مما يسمح له إقامة علاقات سوية مع محيطه واقرانه .

صحيح ان المذهب الدينامي للشخصية يرفض ان تتحكم الحتمية السببية لوحدها في الأمور النفسية ، ويؤكد على ان الشخصية في تفاعل وتطور مستمرين ، وصحيح ايضاً ما تقول به الوجودية والتحكم بمستقبلنا ، إلا ان احداً لا ينكر أهمية السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل في تكوين معالم شخصيته والتأثير على صحته النفسية .

وإذا كانت الطمأنينة النفسية تشكل حاجة المولود الجديد النفسية الأساسية ، الا ان هناك حاجات اجتماعية يكتسبها الطفل تدريجياً مع تقدمه في العمر ، تدفعه للعمل على اشباعها ، نذكر منها : الحاجة الى الاستقلاق ، الى توكيد الذات ، الى اللعب ، الى الاجتماع ، الى التملك ، النجاح . . . الى ما هنالك من دوافع وحاجات . ويجب ان لا يغيب عن اذهاننا ان الصحة النفسية ليست حالة نهائية وستاتيكية ، انها دائماً معرضة للتغير سلباً أم ايجاباً مع تغير مراحل النمو التي يمر بها الفرد . وفي كل مرة يجد نفسه في مواقف جديدة تتعارض فيها الدوافع يصبح عرضة للتوتر ، فإن لم يتوصل الى إزالته بتبنيه حلاً توافقياً أدى ذلك به الى الاضطراب ، وعرّض شخصيته للتزعزع وصحته النفسية للانحراف . وما يعين الفرد على التكيف في مواجهة المواقف المؤزمة الأساليب والعادات ، التي تمَّ اكتسابها من خلال خبراته السابقة ، وتسمى أوليات الدفاع ، دفاع الأنا تجاه التوتر والاضطراب والقلق الناجم عن صراع الدوافع التي تستعصي على عمليات

التسوية . منها وسائل الدفاع الايجابية التي تزود الطفل ، عن طريق اكتسابها ، بالقوة الضرورية لمواجهة الصراع ، وتحمل الاحباط ، نذكر منها على سبيل المثال : الاعلاء والاسقاط والتماهي . وهناك وسائل دفاع سلبية ملتوية تعمل على خفت صوت الحاجات والرغبات من دون ان تتوصل الى اشباعها او ارضائها بشكل مرضٍ . ويؤدي الاكثار من استخدامها الى ضغط داخلي يهدد تماسك الشخصية وتكاملها وتوازن النفس وصحتها ، نذكرمنها العدوان والانعزال والهروب والانسجام والكبت والنكوص . . .

ننتقل اخيراً الى ذكر بعض الملاحظات والمبادىء الأساسية ، التي تعين الأهل والمربين في تعاطيهم مع الطفل ، انطلاقاً من :

أ - ان الصحة النفسية الوقائية ، موضوع بحثنا ، تتخذ منحى نفسياً تربوياً لاهتمامها بالطرائق التي ينتهجها الطفل في عملياته التوافقية ، والتي تعود الى خبراته الفردية نتيجة احتكاكه المستمر بالمحيط واتصاله بالآخرين .

ب - ان التعاطي مع الطفل يجب ان ينطلق من كونه عضوية فردية من نوعها ، غير قابلة للانقسام ، لها وراثتها الخاصة وعلاقاتها وخبراتها الشخصية مما يجعل فهمها لا يتم إلا عن طريق دراسة فردية .

ج - الحذر عند دراسة الطفل ، من استخدام القياسات المعيارية ، فهي ، مع ضرورتها ، ورغم الدقة في جميعها ، تؤدي الى اخطاء كثيرة واحكام مؤذية في حال تفسيرها من دون روية وتمعن ومسؤولية .

د - عدم التسرع في اطلاق الاحكام على صحة الطفل وشخصيته ومستقبله ، إذ ان التطور والتغير من اهم خصائص الطفولة .

هـ - ان فهم الأهل والمربين للطفل ، لا يمكن ان يعطي ثماره ان لم تسبقه معرفتهم لأنفسهم . إذ يميل العلماء حالياً لرد الاضطرابات النفسية عند الطفل الى تأثير مرض للأهل على نوع العلاقة التي يقيمونها ، ويعيدون كل تشابه في الطباع ، بين الطِّفل وأهله ، الى التقليد المبكر .

وعلى ضوء تفهم الأهل والمربين لهذه المبادىء ، يبقى ان نتوجه اليهم وتناشدهم تقدير جسامة مسؤولياتهم ، والعمل بموجب الملاحظات التالية ، الكفيلة بتزويد الطفل بالقوة اللازمة ، والأساليب الناجعة ، وبتوفير الظروف الملائمة لصحة نفسية متوازنة :

أولاً : يلعب البعد العلائقي الدور الأكبر في عملية التكيف ، وبالتالي في التوازن النفسي للطفل . فكما سبق وذكرنا ، ان ادراك الطفل لذاته ولقدراته وميوله ، يتم من خلال علاقته مع الآخرين . هذه العلاقة تبدأ حتى منذ ما قبل الولادة . فقد أظهرت الدراسات ان الحياة الانفعالية والعقلية عند الجنين تتأثر الى درجة كبيرة بحالة الأم النفسية والصحية ، وبالأزمات التي تمر بها أثناء الحمل .

ثانياً : يرى الفرويديون أن خبرات الطفولة المبكرة تترك آثاراً دائمة على شخصية الطفل ، لذا اقترحوا طرائق لتربية الطفل تؤمن نمو شخصيته نمواً سليماً ، خاصة بالنسبة للرضاعة والتبرز والجنس ، مما يسمح له بالتدرج عبر مراحل النمو من دون أن يحصل أي تثبيت نكوص في أي منها . ويتم ذلك من خلال التباهي بالصور الوالدية والاندماج بإرادة ونواهي الاهل . . . فهم مثلاً يفضلون الرضاعة من ثدي الأم ، وعدم اجبار الطفل في سن مبكرة على ضبط فضلاته ، ومسايرة رغبات الطفل في مواقيت طعامه ونومه . . . وقد اكدت بعض الدراسات الموقف الفرويدي منها دراسة **Orlasky** . إلا ان هناك دراسة أُجريت على مسألة القماط وأثره على شخصية الطفل ، انتهت الى أن ما يؤثر على شخصيته ليست التفصيلات ، وانما المواقف العامة التي تتبع في تربيته . فالطفل الذي يشعر بالحب والاطمئنان تتولد عنده مناعة قوية تلغي كل العوائق والهفوات الصغيرة التي تصدر عن الأهل والمربين . وعندها لن يؤثر سواء أرضع الطفل من الزجاجة أو من ثدي أمه . نذكر في هذا السياق ما يحصل في بعض القبائل البدائية ، حيث تضطر الأم الى نزع رضيعها عن ثديها ، بعد فترة وجيزة من بدء الرضاعة ، بسبب تراكم أعمالها وكثرة مشاغلها ، مما يؤدي الى ظهور اطفال عدوانيين شرسين . الارضاع من الثدي إن لم يصاحبه احساس بالطمأنينة والحنان لن تكون له النتائج المرجوة ، وبالمقابل فإن الأم التي لم تستطع ، لأسباب خارجة عن إرادتها ، ارضاع طفلها من ثديها إلا ان حنوها عليه وملامسة جلده برفق اثناء اعطائه الزجاجة لن تكون له النتائج السلبية التي قد تتبادر الى اذهان البعض .

ثالثاً : كما حذرت المدرسة الفرويدية من مغبة التربية السلطوية ، التي تولد احساساً ضاغطاً عند الطفل نتيجة عملية الكبت ، التي ،غالباً ما يلجأ إليها تجاه النواهي والأوامر المفروضة عليه ، مما يؤدي الى الصراع ، إذ ان الرغبة التي تكبت لا تموت بل تظل تتفاعل داخلياً ، وتتحين الظرف المناسب ، لتظهر بشكل عارض مرضي يهدد السلامة

نفسية . فالمرحلة الاوديبية مثلاً ، قد تنتهي بسلام فيقدم الطفل على التماهي بأبيه ، البنت بأمها ، في حال لم تؤد تربية الأهل الى تشكيل «أنا أعلى» ، يدفع «أنا» الطفل اجوء الى كبتِ مشاعره المحرمة ، وفي الوقت نفسه إذا توصل الأهل الى ان يكونوا مثلاً على يقتدي به الطفل من خلال علاقة متزنة بعيدة عن التشنج .

رابعاً : تؤكد الدراسة ، التي قام بها **Baudouin** ، على أثر العلاقات الأسرية في و شخصية الطفل . فالبيت الذي تسود فيه الديمقراطية على العلاقات بين افراده يخرج طفالاً نشيطين هجوميين ، غير مخططين ، فضوليين وميالين للتزعم . في حين ان لاطفال ، الذين يخرجون من بيوت متسلطة ، فإنهم غالباً ما يكونون هادئين ، حسني لسلوك ، محدودي الفضول ، قليلي الأصالة وضعاف الخيال . وبالمقارنة نجد ان اطفال لجموعة الأولى أوفر حظاً في التوافق مع المواقف المحيطية من اطفال المجموعة الثانية .

خامساً : إن المحبة التي تمنحها الأم لطفلها ضرورية لزرع الطمأنينة في قلبه والثقة في فسه ، ولتزويده بالدعم والعون المعنوي لمواجهة قساوة المحيط الذي يعيش فيه . إلا ان لإفراط او التفريط في اغداق الحب عليه وتلبية حاجاته قد يؤديان على السواء إلى ظهور شخصيات هشة ، مضطربة ، سريعة العطب ، عاجزة عن تبني مبدأ الواقع الذي يتطلبه لتواصل مع الآخرين . فالطفل المهمل والمنبوذ يميل الى العدوان ، والتهاون ، والكذب ، والسرقة أحياناً ، كما ان الطفل المرغوب فيه كثيراً ، والذي يكون وصوله قد جاء بعد طول انتظار ، نتيجة فيض الدلال الذي يتلقاه ، يصبح عرضة للخنوع ورهبة الناس ومشاعر الاتكالية المفرطة مما يفقده عوامل المواجهة وتحمل الاحباط .

سادساً : إن الأم بفضل موقعها المميز عند الطفل ، كمصدر للحب الذي هو بأمس الحاجة إليه ، تستطيع ان تزرع في طفلها بعض العادات والقيم وانماط السلوك التي ساعده على النمو النفسي السليم ، كتعليمه النظافة والنوم باكراً والقبول بارجاء الاشباع والتنازل عن بعض الرغبات ، هذا مع الحرص الشديد على ان لا يؤدي ذلك إلى شعور الطفل بالابتزاز العاطفي ، وما يرافقه من مشاعر القهر والرفض .

سابعاً : إن وجود الأب ضروري لنمو نفسي سليم ، فهو الذي يضع حداً للعلاقة الحميمة بين الطفل وأمه ، وتظهر الحاجة إليه خاصة في عملية الفطام والمرحلة الاوديبية . وبالاضافة الى ضرورة وجوده لتنظيم العلاقات الاسرية ، فإن السلطة التي يمثلها تساعد الطفل على تقبل المعايير الاجتماعية والقيم الاخلاقية من خلال تعلمه التمييز بين الممنوع والمسموح ، بين الحق والواجب .

ومثل محبة الأم ، فإن سلطة الأب ضرورة شرط ان تكون متوازنة ومعتدلة ، فكما أن التربية المتسلطة تؤدي الى الكبت وما ينتج عنه من صراعات داخلية تولد الاضطرابات والامراض النفسية ، فإن التراخي والتهاون يولدان الانحراف والتهافت على ارضاء الرغبات والانسياق وراء النزوات دون رادع .

ثامناً : إن المشاحنات والمنازعات التي تنشأ بين الوالدين ، موضوعا حب الطفل وتقديره على السواء ، تؤلم الطفل وتسبب الأذى النفسي له ، إلا ان اكثر ما يضعضع توازن الطفل النفسي ، الشرخ الواضح في مواقف واتجاهات الأهل التربوية . وفي هذا المجال توصلت الدراسة التي اجراها **Baudouin** على اطفال ينتمون الى اسر يتفق فيها الوالدان على طريقة تربية اطفالهما ، واخرى تكون فيها هذه المواقف موضع خلاف ، إلى ان اطفال المجموعة الثانية اصعب مراساً واقل مرونة في التكيف من اطفال المجموعة الأولى .

تاسعاً : ان الطفل في نموه النفسي والاجتماعي بحاجة الى مثل عليا يقتدي بها ، وغالباً ما تؤدي الصور الوالدية هذا الدور ، فهي تغني الطفل عن طريق التباهي بها الى حد الاحساس بالفخر والاعتزاز ، مما يزرع في داخله الثقة بالنفس . وقد اظهرت دراسة «جلوك» **Glueck** ان انحراف الاحداث يعود بعضه الى فشل الأهل في ان يكونوا قدوة يتمثل بها الابناء .

عاشراً : تعتبر المدرسة المؤسسة الاجتماعية الثانية الهامة بعد البيت من حيث المكانة ، في التأثير على الطفل ورعايته . فهي ميدان لعلاقات أوسع واكثر تنوعاً ومجالاً لتربية اكثر انضباطاً وتنظيماً . وقد تعمل المدرسة ، وهذه مسؤوليتها ، على تدعيم التربية البيئية وتصويب اخطائها إذا قيض لها معلمون اكفاء واخصائيون مهرة . وقيامُها بدورها يساعد على تكامل وانسجام شخصية الطفل . إلا انه في بعض الأحيان ، تتعارض قيم البيت مع قيم ومفاهيم المدرسة ، مما يؤدي الى نوع من الصراع يهدد كيان الطفل واتزانه النفسي ، الذي يتخذ اشكالاً مختلفة من عدوانية ، هروب من المدرسة ، مشاكسة ، فشل مدرسي ، كسل . . .

وربما كانت أهم المشاكل التي يواجهها الطفل في المدرسة المعدلات المدرسية التي ، في حال تعذره الحصول عليها ، حكم عليه بالنبذ ، فيعيش منذ طفولته هاجس النجاح والتكيف مع متطلبات المدرسة . ويعمق موقف الأهل غالباً هذا الهاجس ويدعمه .

فاهتمام الأهل الزائد بالتحصيل العلمي يجعل العمل المدرسي مشحوناً بالتوتر والقلق ، مما يقلل من فاعلية الطفل الحقيقية ، ويدفعه لاتخاذ موقف عدائي من الدراسة والمدرسة .

واخيراً ، ما احوج الطفل اللبناني الى انكباب المسؤولين للعناية بصحته النفسية . فأطفالنا رغم معاناتهم وبلات الحرب واخطارها المادية ، ما زالوا يرزحون تحت وطأة رواسبها الاقتصادية والاجتماعية من حرمان وضيق ، وكأن القدر أبى ان يطالهم برحمته . فها هي وسائل اعلامنا المخزي ، عوض عن ان تسعى جاهدة لتربية احاسيس ومشاعر الطفل بضبط نزواته ولجم رغباته الممنوعة ، تراها اليوم تعمل على اثارتها بأفلامها العدوانية ودعاياتها الرخيصة الماجنة . كما يجب ان لا يفوتنا ما يُصيب الطفل من اذى مباشر ومستمر في علاقاته مع الراشد ، أباً كان ام اماً ام معلماً . فالحرب البشعة ، على مدى ست عشرة سنة حطمت النفوس وزعزعت المعنويات وانتزعت قدرة التحكم في التصرفات وضبط الانفعال ، مما يجعل شخصية الطفل في تعاطيها مع الراشد اسيرة اضطراباته وقلقة ، ويجعلها معرضة للخطر .

المراجع .

1 . A. Freud: Le Moi et les mécanismes de défense, PUF, 1979.

2 . A. Freud: Le traitement psychanalitique des enfants Paris - P.U.F. (1969)

K. Lewin: Patern of agressive behavior in experimentaly created social climates Journal psychology(1960).

3 . C. Baudouin: L'âme enfantine et la psychanalyse Neuchâtel (1951).

4 - D. Winnicolt: Environnement et Processus de la maturation chez l'enfant, Payot, 1970.

5 . H. D. Fishbein: Evolution, development and children's learing. California - Pacific Palisdes (1976)

6 . H. F. Harlow et al: Manipulatory Motivation in the infant Rhesus Monke, J. Comp. physiol. psychol. (1956).

7. J. Piaget: La formation du Symbole chez l'enfant, Delachaux et Niestle, 2em ed, 1964.

8. R. Spitz et W. G. Cobliner: De la naissance à la parole, La première année de la Vie, PUF, 1979.

٢ - الصحة النفسية والإجتماعية

التعامل والتعاون مع الآخرين(*)

د . محمد أحمد النابلسي

١ - تعريف الصحة النفسية :

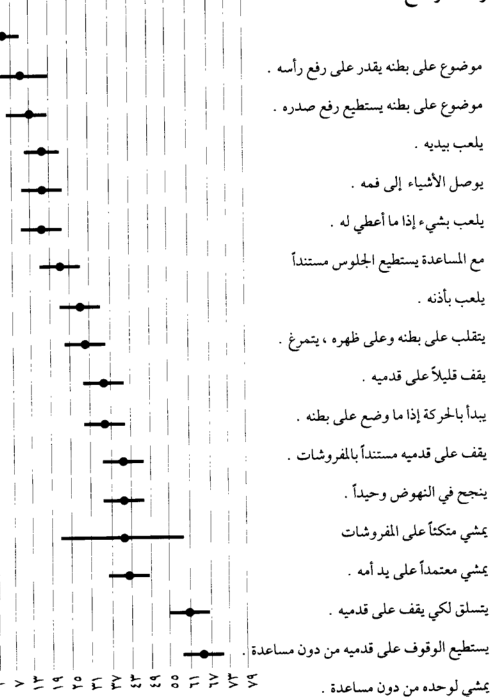
يمتاز مفهوم الصحة النفسية بالغموض وكذلك تعريفاته . ولعل أوضح هذه التعريفات وأكثرها إيجازاً هو التعريف التالي : «إن الصحة النفسية تكمن في توصل الشخص إلى أفضل مستوى ممكن لتكامله النفسي والجسدي» . ولكن هذا التعريف ، شأنه شأن باقي التعريفات ، يطرح عدداً من الإشكاليات والغموض . فما هو التكامل وما هو أفضل مستوى له؟ وتجنباً منا للخوض في هذه النقاشات النظرية ، وبما أن موضوعنا متعلق بالصحة النفسية للطفل ، فإننا سنعمد إلى تعريف الصحة النفسية للطفل انطلاقاً من المعطيات الإحصائية المقننة . وبهذا ، فإننا نبسط الأمور ، ونبسط تعريفنا للصحة النفسية للطفل ، على النحو الذي عرفنا به G. Heuyer :

إن ذلك الطفل الذي نبت أول أسنانه في سن الـ ٦ أشهر ، والذي مشى بشكل طبيعي في سن الـ ١٢ شهراً ولفظ أول جملة في سن الـ ١٨ ، شهراً ونظف في سن ١٥ شهراً ، هو طفل سينمو بشكل طبيعي فيما يتعلق بذكائه وطبائعه النفسية . أما عن مقاييس الصحة النفسية للطفل ، فإنها تختلف باختلاف عمره . وفيما يلي نورد هذه المقاييس الرابطة بين الناحية النفسية والناحية العضوية ، ونبدأ بما يلي :

(*) محاضرة ألقاها د . النابلسي في إطار إعداد مرشدين نفسيين في الـ Unicef.

(جدول يلخص النمو الحركي للرضيع منذ أسبوعه الأول ولغاية الـ ١٩ أسبوعاً)

١ - مرحلة الرضاع :



٢ - مرحلة ما قبل المدرسة :

جدول النمو النفسي العضوي للطفل

العمر	النمو الحركي	المهارات اليدوية	التحكم بالعاصرات	النطق والأنشطة الاجتماعية
لغاية الخمسة عشر شهراً	ينهض لوحده . يصعد الدرج بمساعدة أحد الاشخاص	يقبض على شيئين صغيرين في يد واحدة . يخربش بالقلم . يضع مكعبين فوق بعضهما . يرمي الأشياء إلى الأرض ويخرج حذاءه محاولا ارتداءه .	يمكن أن يبدأ بالتحكم ببرازه .	يتكلم كلمات غير مفهومة . وأيضاً بعض الكلمات المفهومة . يشير بإصبعه إلى ما يريده . يدفع بيده الأشياء والأشخاص الذين لا يرغبهم . تبدأ عدائيته وسلبيته بالظهور
خمسة عشر إلى ثمانية عشر شهراً	يصعد الدرج لوحده ، يهرول يقفز ، يجلس لوحده على كرسي عن طريق التسلق .	يستعمل الملعقة على المائدة . يبني أبراجاً من ٤-٥ مكعبات . يقلب صفحات الكتاب ٢-٣ صفحات دفعة واحدة .	يعلن عن رغبته بالتبول أو يظهر عدم ارتياحه بعد تبوله ، ويعلن عن رغبته بالبراز .	يتكلم بشكل غير مفهوم . يردد ١٠-١٢ كلمة مفهومة . يشير إلى ٣-٤ أجزاء من جسمه . يشير بإصبعه إلى الشخص عندما يسأل عنه . ويحاول تقليد أمه في عملها

العمر	النمو الحركي	المهارات اليدوية	التحكم بالعاصرات	النطق والأنشطة الاجتماعية
من ثمانية عشر شهراً إلى السنتين	يصعد الدرج وينزله لوحده . ينزل القدمين إلى نفس الدرجة . يركض . يفتح الباب .	يبني برجاً من ٦-٧ مكعبات . يتصفح الكتب صفحة صفحة . يغسل يديه . يرسم خطوط شبه أفقية .	غالباً ما يمتنع عن التبول الليلي . يتحكم في برازه .	يتكلم دائماً . يؤلف جملاً قصيرة ومبتورة . يطلب الأكل . يستخدم اسمه ويلفظه . تزداد عدائيته .
من سنتين إلى ثلاث سنوات	يصعد الدرج بقدم واحدة ولكنه ينزله بقدمين لكل درجة . يستطيع الوقوف على قدم واحدة لعدة ثوانٍ .	يلبس ويخلع ثيابه لوحده (يجب مساعدته في الأزرار) . يرسم شبه دوائر ، ويرسم خطين متقاطعين .	يذهب لوحده إلى الحمام (للبول والبراز) .	يلعب مع الأولاد الآخرين . يسأل كثيراً . يعرف عمره وجنسه . يعد لغاية العشرة . يحفظ أناشيد قصيرة . يتعرف على الألوان

٣ - من ٤ إلى ٥ سنوات :

في هذا العمر تكتمل تغطية الحقول اللحائية - الدماغية بمادة النخاعين ، وذلك بحيث يصبح الطفل قادراً على إدراك مفاهيم الزمان - المكان بصورة أفضل . وتتطور قدرته على التعرف إلى العالم الخارجي عن طريق تساؤله المتكرر : «ما هذا» .

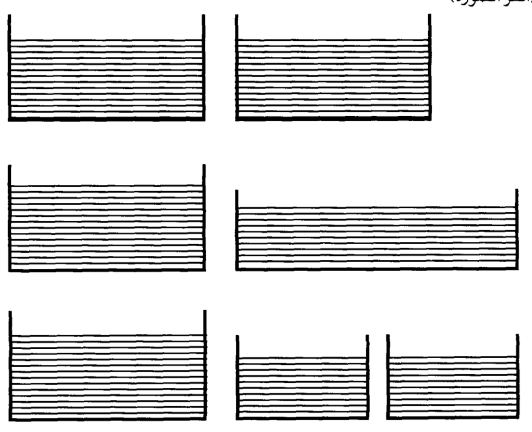
٤ - من ٥ إلى ٧ سنوات :

في هذا السن تبدأ الشخصية الاجتماعية للطفل بالتكون . إذ يبدأ اهتمامه بالألعاب

الجماعية وبرفاقه في المدرسة ، «إن عزلة الطفل في هذه السن هي واحدة ، من أهم مؤشرات الخطر» . كما تبدأ في هذه السن أسس التفكير المنطقي لدى الطفل . ونشير إلى أن طفل هذه السن يحب التلاعب بالكلمات وبالحروف ، ويعطيها معانٍ غير معانيها الأصلية ، أو هو يحاول اختراع كلمات جديدة .

٥ - من ٧ إلى ١٠ سنوات :

في هذه المرحلة يبدأ تكامل ملكة التفكير المنطقي والسلوك الاجتماعي لدى الطفل . ويبدأ بفهم العلاقات السببية . وطفل هذه المرحلة ، ينجح في اختبار أواني الماء (انظر الصورة)



- في الصورة A : إناءان متشابهان يحتويان على نفس الكمية من المياه . إذا ما أطلعنا طفلاً في الخامسة من عمره يقر إرادياً (وعن قناعة) بأنهما متساويان في كمية المياه التي يحتويانها .

- في الصورةB : أفرغنا محتوى إناءA في إناء آخر فانخفضت نسبة المياه في الإناء الجديد (مع أن الكمية هي ذاتها) . إن ٨٥ ٪ من أطفال الـ ٥-٦ أعوام يرفضون قبول مبدأ تساوي كمية المياه في كل من الإناءين .

- في الصورة C : أفرغنا محتوى الإناء (A) في إناءين صغيرين . الأطفال يرفضون فكرة تساوي كمية المياه بين الإناء الكبير ومجموع الإناءين الصغيرين .

٦ - من سن ١٠ إلى ١٢ سنة :

إنها مرحلة ما قبل البلوغ وتكامل التفكير المنطقي وترسخه بالنسبة إلى المحيط الاجتماعي . كما أن هذه المرحلة هي مرحلة الانفتاح على مبادىء المعرفة المجردة .

٧ - من سن ١٢ إلى ١٤ سنة :

وهي مرحلة البلوغ ومرحلة الاعتياد على التحكم بالدوافع الغريزية - النزواتية - الانفعالية . كما أن هذه المرحلة هي مرحلة التطور العاطفي وتطور الحس الأخلاقي الاجتماعي .

٨ - من ١٤ إلى ١٧ سنة :

إنها مرحلة خلق نمط التفكير المنطقي ، مع تحديد شخصية طبائعه وخصائصه الاجتماعيه ، وذلك اعتماداً على الخلقية التربوية التي عاشها الشخص . ويعتبر هذا السن سن الميل للتحدي ، ولكن أيضاً التضحية والتكافل مع رغبة عميقة باحداث التغيرات .

وفي نهاية حديثنا عن تعريف الصحة النفسية للطفل ، نشير إلى الأوضاع الخاصة التي تتطلب من الأهل والمربين اللجوء بالطفل إلى الاختصاصي النفسي . وهذه الأوضاع هي ، تلخيصاً ، التالية :

١ - تأخر الطفل وتخلفه عن جداول النمو النفسي - العضوي ، وعلائم هذا النمو (وقد شرحناها في النقاط الثمانية الواردة في الصفحات السابقة) .

٢ - تبدي مظاهر الشرود لدى الطفل . لأن هذه المظاهر يمكنها أن تعكس إصابة الطفل بأمراض من نوع الصرع ، الكآبة ، الانهيار الطفولي . . . الخ . أو لانشغاله بمواضيع تتسبب في انفعاله النفسي .

٣ - اضطرابات النطق : لأن هذه الاضطرابات تعكس بنية عصابية ، وميولاً انهيارية ، بحاجة للتقصي والعلاج قبل استقرارها .

٤ - العصابات الحركية : قضم الأظافر ، مص الأصبع ، حركات الرقبة . . . الخ . وتعكس هذه الحركات فقدان الشعور بالأمان والتوتر النفسي .

٥ - سلس البول : إن استمرار التبول اللاارادي إلى ما بعد السن المدرسي هو دليل وجود إضطراب في النمو النفسي - الجسدي للطفل ، مما يتطلب تدخل الاختصاصي . .

٦ - مظاهر الإهمال العائلي : على المربي ألا يعتمد كلياً على عائلة الطفل . ذلك أن بعض الأهل يسيئون إلى أطفالهم من خلال سلوك الطفل (نظافته ، دراسته ، آثار ضربه . . . الخ) .

٧ - مظاهر التخلف المدرسي .

٨ - مظاهر الاضطراب النفسي المتبدية بوضوح .

٩ - إضطرابات السلوك الواضحة والخارجة عن إطار المقبول والمألوف .

١٠ - مظاهر التمرد المبالغة لدى المراهق .

١١ - مظاهر العزلة الطفولية .

٢ - تعريف الصحة الاجتماعية :

يتداخل مفهوم الصحة الاجتماعية مع مفهوم الصحة النفسية . فنحن لا نستطيع الكلام على الصحة الاجتماعية لشخص ما ، إذا لم يكن هذا الشخص متمتعاً بالصحة النفسية . وبهذا فإنه من الممكن تعريف الصحة الإجتماعية ، على أنها ملكية الشخص لأفضل حالات توازنه النفسي والجسدي التي توصله إلى التكامل الاجتماعي الأفضل .

ولا يخفى ما لأهمية التكامل الإجتماعي في تحديد مفهوم الصحة النفسية . حتى

أن بعض المدارس ، تعرف الصحة النفسية ، على أنها ملكية الشخص للقدرة النفسية على التكيف مع محيطه الاجتماعي ، دون أن يكون سبباً في جلب التعاسة لنفسه أو للآخرين .

٣ - الولد والمجتمع والتفاعل بينهما :

أ - التعامل مع الأهل والمشاعر العائلية :

تخطط الأم وتحدد علاقة طفلها بمحيطه . هذا المحيط الذي يشمل باقي أفراد العائلة (الأب ، الأخوة ، الجد ، الجدة . . .) في المراحل الأولية للطفولة . ومن ثم يتسع هذا المحيط تدريجياً ليشمل الأساتذة ورفاق الصف . . . الخ .

فإذا ما أخذنا المثال المتطرف المتمثل بالأم المبالغة في العناية بطفلها ، فإننا نلاحظ ، بأن طفل هذه الأم ، يعجز عن التعاطي بشكل طبيعي مع محيطه . ومثل هذه الأم ، ترتكب خطأ فادحاً بمبالغتها في رعاية الطفل ، إذ انها تمنعه ، بطريقة غير مباشرة ، عن التعلق بأفراد الأسرة الذين يمكن لهم أن يلعبوا دور بديل الأم عند الحاجة . ومثل هذا الطفل ينشأ باحثاً عن الحماية ، متردداً خائفاً من اتخاذ القرارات ، كما يكون خائفاً من فقدان الأمان العاطفي . ويذهب بعض المحللين إلى القول : بأن هذه الأم تشجع ظهور أمراض معينة لدى طفلها كالربو مثلاً . وعلى أية حال ، فإننا عندما نناقش علاقة الطفل بمحطيه ، نضطر الى مناقشة الجوانب التالية :

- **علاقة الطفل بأبيه .**
- **علاقة الطفل بأخوته .**
- **علاقة الطفل بالجد والجدة .**
- **علاقة الطفل بباقي الأطفال .**

١ - علاقة الطفل بأبيه :

تتسم العلاقة بطابع الصراع الأوديبي . وتتراوح معالم هذا الصراع بين الغيرة وتمني اختفاء الأب من جهة ، وبين الحسد ومحاولات الإرضاء من جهة أخرى . وبما أن الطفل

هو طرف من المثلث الأوديبي (المؤلف من الأم والأب والطفل) فإنه ، من دون شك ، يتأثر بالعلاقة القائمة بين الأم والأب وبخلافاتهما .

أما عن دينامية العلاقة بين الطفل وأبيه ، فإنها تبدأ منذ كونه جنيناً (أثبتت الأبحاث بأن الجنين يستطيع بعد ولادته تمييز صوت أبيه - انظر ذكاء الرضيع) . وتبدأ المرحلة الأوديبية انطلاقاً من العلاقة بين الطفل وأمه (في هذه المرحلة يرى الطفل العالم من خلال أمه) . ثم تأتي مرحلة الطفولة الأولى (قبل المدرسية) حيث تبدأ العقدة الأوديبية بالكمون (لتعود إلى الظهور في مرحلة البلوغ) . وفي نهاية المرحلة قبل المدرسية يتم حسم الصراع لصالح الأب . وبهذا تتحول الأوديبية إلى نمط يتمرن فيه الطفل على إقامة علاقاته المستقبلية مع الجنس الآخر .

أما في الحالات التي يحسم فيها الصراع لصالح الطفل (خلافات الأهل ، الطلاق ، السيطرة المطلقة للأم ، غياب الأب بالموت أو بالسفر . . . الخ) فإن الطفل يكون أضعف من أن يعيش انتصاراته ، فيحول مشاعره نحوه الوالد المهزوم ، فيخافه خوفاً مبالغاً فيه ، مما قد يدفع الطفل إلى موقف أوديبي سلبي (أو إلى المثلية الجنسية) . تأتي بعد ذلك مرحلة المدرسة ، حيث يتراجع الطفل عن حب أمه ويحاول محاكاة والده (أي تقليده أو التوحد به) . وهذا التحول في موقف الطفل لا يعكس استسلامه إنما يعكس نمو إدراكه ووعيه بأن الموقع الطبيعي للأب هو بجانب الأم وفي سريرها . وفي هذه المرحلة يتحول الأب إلى مثال للطفل .

٢ - علاقة الطفل بأخوته :

يرى العالم J. Bowlby إن تعلق الطفل بأمه لا ينبع فقط من كونها تؤمن له حاجاته وتساعده على الاستمرار في الحياة . ولكن هذا التعلق هو أيضاً تعلق نفساني بالعاطفة التي تظهرها الأم حيال طفلها . وعلى هذا الأساس ينادي هذا العالم بنظرية التعلق .

ماذا يحدث عندما تعجز الأم عن القيام بدورها العاطفي حيال طفلها (وفاة ، إصابتها بمرض نفسي . . . الخ)؟

في مثل هذه الحالات ينصح Bowlby بإبدال الأم وتوجيه المسار النفسي للطفل

نحو بديلة الأم . وكثيراً ما تحل إحدى الأخوات الإناث مكان أمها في مثل هذه الأوضاع (أحياناً تحل الجدة محل الأم) .

وبهذا نصل إلى مناقشة العلاقة بين الطفل واخوته .

ففي المرحلة ما قبل المدرسية يقسم الطفل اخوته إلى اناث ، ذكور ، أصغر منه ، أكبر منه ، منافس له على اهتمام الأم (الأخ المريض مثلاً) وغير مزاحم على اهتمام الأم .

وعليه ، فإن الطفل ينظر لأخيه الأكبر على أنه بديل للأب . كما ينظر لأخته الكبرى على أنها بديلة للأم .

أما الأخوة والأخوات الذين ينافسون الطفل على عاطفة الأم ، فإن الطفل ينظر اليهم نظرة الحسد والغيرة والكره .

إلا أن هذه المشاعر لا تلبث أن تذبل لينمو مكانها مشاعر الأخوة والتجاذب العاطفي بين الأخوة . وذلك بحيث تتغلب هذه المشاعر على الكراهية . وهذا التعايش الودي بين الأخوة ضروري لاستمرارية الأجواء العائلية الصحية لنمو أطفالها بشكل طبيعي .

٣ - علاقة الطفل بباقي الأطفال :

منذ ولادته يملك الطفل البشري القدرة على الرؤية . وتصل هذه القدرة إلى أقصاها لدى بلوغه سن الثلاثة أشهر والنصف . إلا أن الصعوبة التي تعترض حاسة البصر لدى الرضيع تتجلى في فقر ذاكرته البصرية . وبالتالي فإن الطفل يرى بوضوح ، ولكنه يعجز عن تحليل الصور التي يراها . ومن هنا لجوء الرضيع إلى حاسة الشم كي يتعرف إلى أمه . ومن ثم فإنه يبدأ تدريجياً بحفظ صورتها حتى يصل في نهاية مرحلة الرضاعة إلى الضحك من أمه إذا ما حاولت تقليده بالحبو أو بافتعال البكاء . . . الخ . هذا الضحك دليل إدراك الطفل للفوارق بينه وبين الأكبر منه سناً . مما يسهل تعاطيه مع الأطفال الذين هم في مثل سنه . وهكذا فإننا نستطيع العودة بجذور اتصال الطفل ببقية الأطفال إلى نهاية فترة الرضاعة . أما عن علاقة الطفل ببقية الأطفال ، فإنها علاقة تختلف باختلاف شخصية الطفل ، وهذا ما سنؤجله إلى الفقرات التالية .

ب . قواعد السلوك مع الكبار (الاحترام والثقة بالنفس) :

رأينا أن الطفل ، وانطلاقاً من مرحلة الرضاعة ، يبدأ بإدراك المفارقات . ولكن مفاهيم الزمان لا تكتمل لدى الطفل قبل بلوغه سن ٩- ١١ سنة . وهكذا ، فإن الطفل يدرك مبدأ التفريق بين أخوته وبقية الأطفال والكبار على أنهم أصغر منه أو أكبر منه . ولكن هذا التفريق لا يتم على أساس زمني ، وإنما هو على أساس بصري (حجم الشخص) وأساس مادي (أي الأكبر هو الأقوى والأصغر هو الأضعف) .

وهذا القصور في إدراك مبادىء الزمان والمكان ، هو الذي يدفع بالطفل لاتخاذ السلوك الذي يعتبره الكبار غير لائق . ومن هنا لجوء الطفل إلى مراقبة والديه ومحاولة تقليدهما ، ومن ثم إلى الإكثار من الأسئلة . فإذا ما أحس الطفل اضطراب العلاقة بين والديه ، ولم يجد الإجابة على تساؤلاته ، فإنه عندها يصاب بالحيرة ويضطر إلى اعتماد سلوك اجتماعي عشوائي (ومن هنا انحراف الأطفال الذين تربوا في الملاجىء ، أو بعيداً عن ذويهم واتباعهم سلوكاً معادياً للمجتمع) .

وكنا قد أشرنا إلى أن الشخصية الاجتماعية للطفل تبدأ تكوينها في مرحلة ٥-٧ سنوات . وفي هذه المرحلة تترسخ هذه الشخصية من خلال علاقته ببقية الأطفال (انظر الفقرات التالية) ، وبما أن الطفل عاجز عن إدراك مفهوم الوقت (الزمان) ، فإنه يسلك نفس السلوك الذي يتبعه مع الأطفال ، مع الكبار ، ولكن مع فارق إحساسه بضعفه أمامهم . فإذا ما أحس الطفل بعاطفة الكبار نحوه ، فإنه يشعر بالأمان العاطفي . أما عندما يفتقد الإحساس بهذه العاطفة ، أو هو يحس بكره الكبار له ، فإنه يشعر بالقلق ويفقد الأمان . وفي هذه الحالة تختلف ردود فعل الطفل باختلاف طابع شخصيته (الذي تحدده عوامل الوراثة والتربية) .

وفي مناقشتنا للسلوك الاجتماعي للطفل ، علينا مناقشة بعض النقاط الرئيسية ، التي نلخصها كالتالي :

١ - الثقة بالنفس : تنبع ثقة الطفل بنفسه من الشحنات العاطفية التي تشحنه بها الأم منذ مهد الرضاعة . والرضيع ، حديث الولادة ،شديد الحساسية في تقييم وتقدير قيمة هذه الشحنات . فصحيح أن عاطفة الأمومة تدفع الأم إلى الحنو على طفلها ، إلا أن درجة هذا الحنان تختلف باختلاف مطابقة مواصفات الطفل للمواصفات التي كانت تحلم بها الأم ، وتود لو أن هذا الطفل حلمها

(الرغبة مثلاً في إنجاب ذكر) . وكلما كانت مواصفات الطفل أقرب إلى أماني أمه ، كلما ازداد حنان الأم وازدادت ثقة الطفل بنفسه .

٢ - التوازن النفسي للأهل : من الطبيعي ، أن يتعرض النمو النفسي للطفل ، ومعه شخصيته الاجتماعية ، للاضطراب في حالة وجود شخص مريض نفسياً في المحيط العائلي .

٣ - العلاقات الاجتماعية للأهل : رأينا أن التربية (خاصة الأم) تضع حجر الأساس في شخصية الطفل . كما رأينا ردة الفعل الغريزية المتلخصة بجهد الطفل لتقليد الآخرين (وهذا التقليد هو واحد من أهم أسس المعرفة وليس الشخصية أو السلوك الاجتماعي لوحدهما) . وهكذا ، فإنه من الطبيعي أن نرى الطفل وهو يأخذ مواقف إنسانية وسلوكية منقولة عن الأهل .

لذا فإننا نقترح اختبار «هاينز» لاجرائه على الأطفال ، بهدف التعرف إلى المستوى الإنساني لسلوكهم الاجتماعي (يجري في مرحلة التلاميذ الكبار وما فوق) . وهذا الاختبار هو التالي :

يعتمد هذا الاختبار حكاية هاينز ، ومفادها : أن هنالك امرأة على حافة الموت بسبب نوع من أنواع السرطان . وهنالك دواء يقول الأطباء بأنه يشفي هذه المريضة . وهذا الدواء عبارة عن مشتقات من الراديوم اكتشفه أحد الصيادلة ، وقد تكلف انتاجه مبالغ ضخمة . ويريد الصيدلي بيعه بسعر يعادل عشرة أضعاف سعر كلفته . وزوج المريضة الذي يدعى هاينز لم يستطع ، بالرغم من جهوده الدؤوبة ، أن يؤمن سوى نصف المبلغ المطلوب . وحاول هاينز إقناع الصيدلي بأن يسلفه المبلغ الباقي ، ولكن الصيدلي رفض ، مما دفع بهاينز إلى اليأس وفكر بسرقة الدواء . بعد هذه الرواية يطرح السؤال : ماذا ننصح هاينز أن يفعل؟ .

ويعتقد الباحثون أن الوعي الأخلاقي لدى الناس يتروح بين ٦ مراحل ، بحيث تكون المرحلة الأولى هي أدنى درجات المستوى الأخلاقي ، والمرحلة السادسة هي أعلى هذه الدرجات . وفيما يلي عرض لهذه المراحل والإجابات :

١ - المرحلة الأولى : يجب ألا يسرق الدواء وإلا عرض نفسه للسجن . وعليه أن يعيد الدواء إذا سرقه . وربما بررت السرقة فيما لو كانت امرأة مهمة أو مشهورة .

٢ – المرحلة الثانية : يتوجب عليه سرقة الدواء من أجل انقاذ زوجته . حتى ولو تعرض للسجن .

المرحلة الثالثة : لو كنت مكانه لسرقت الدواء . فالحب والحياة لا يقدران بثمن .

المرحلة الرابعة : الزواج يعني الحب والاحترام ، وبالتالي ، فإنه عقد إلزامي يجب احترامه والتضحية من أجله .

المرحلة الخامسة : حق العلاج هو حق طبيعي لجميع البشر . والسرقة في هذا الوضع موقف عادي طبيعي .

المرحلة السادسة : إن حق الإنسان في الحياة يعطي هاينز الحق بالسرقة .

ج . التعامل مع الأصدقاء (الاتصال ببقية الأطفال) :

تعود أوائل الأبحاث الدارسية للتفاعل الاجتماعي والسلوكي للطفل إلى بداية السبعينات . إلا أن عدداً من الباحثين كان قد درس بعض جوانب هذا الموضوع ، ولو بطريقة عابرة ، خلال فترة الستينات . وفي هذا المجال ، لا يسعنا إلا التذكير بأعمال BlorGrew, ton . وتوالت بعد ذلك الدراسات وتعددت ، خاصة بعد التقدم الهائل الذي أحرزه علم الاتصال الإنساني . ولنا في هذا المجال تجربة شخصية تابعنا خلالها أطفالاً تراوحت أعمارهم بين صفر يوم وخمس سنوات . وفيما يلي عرض لمواقف وتصرفات الطفل الاجتماعية :

١ – **موقف العطاء** : تتنوع طريقة العطاء وتختلف باختلاف عمر الطفل (يمد يده باتجاه الطفل الآخر ثم يفتحها ليقدم له ما تحتويه ، يضع الشيء قرب الطفل الآخر أو يدفعه باتجاهه . . . الخ) . ومن خلال دراستنا توصلنا إلى النتائج التالية :

أ – إن طفل الـ٩–١٠ أشهر يستطيع تمييز المفارقات ، فهو يضحك لرؤية أمه تقلده في الحبو . وفي السن نفسها يدرك الطفل الرابطة بين الثدي أو الزجاجة ، وبين راحته ، فيسر لمجرد رؤية هذه الأشياء . وهذه الدرجة من الإدراك كانت كافية لنرى بعض الأطفال يمد يده نحو أمه فيفتحها ويغلقها في محاولة لإسعاد الأم عندما تتصنع البكاء .

ب – لدى الطفل قبل المدرسي تأخذ مواقف العطاء نفس طابعها مع البالغ . فهو

قد يعطي مرغماً ليبكي بعد ذلك . أو هو يعطي تودداً ليقيس ردة فعل الطفل الآخر بعد ذلك . وهو قد يلجأ للخداع فيعطي الآخر قسماً من الشيء أو حتى شيئاً آخر . وفي هذا دليل على إدراكه لمبدأ التسوية .

٢ - **موقف الطلب** : ويعود إلى مرحلة أبكر من مراحل الطفولة . ذلك أن الرضيع يطلب الثدي ويصر على ثدي معين (ثدي أمه ويتعرف إليه عن طريق الشم) . أما لدى قبل المدرسي ، فإن دوافع الطلب غالباً ما تكون متمثلة بالغيرة والفضولية ورغبة نرجسية في التغيير في محاولة لامتلاك كل ما يروق له .

٣ - **موقف العدائية** : ويعبر الطفل عنها من خلال حركات التهديد (يرفع يده في وجه الآخر) ورفع نبرات الصوت أو من خلال إيماءات أو حركات الوجه . . . الخ . وتصل عدائية الطفل أقصاها عندما يجمع في الوقت نفسه بين عدة اشارات عدائية .

٤ - **موقف الانتزاع** : وفيه تستخدم العدائية لانتزاع واغتصاب ما يريده الطفل الآخر . ويلاحظ ميل الطفل ما قبل المدرسي إلى التأكد من قدرته على التغيير والسيطرة على الأمور . ومن هنا كثرة مواقف الإنتزاع في هذه المرحلة من العمر .

٥ - **موقف التقوقع** : وهو انعزال الطفل في حالات أو مواقف معينة . وتزداد هذه المواقف لدى الطفل المعاني من صعوبات عاطفية - علائقية . ومثل هذا الطفل غالباً ما يعرب عن قلقه من خلال الحركات المتكررة لا إرادياً (مثل قضم الأظافر ومص الأصبع وحركات أخرى على صعيد الرقبة أو اليدين أو القدمين . هذا وتتشابه مواقف الأطفال المتقوقعين في غالبيتها ؛ إذ نلاحظ :

أ - في بداية المرحلة ما قبل المدرسية ولغاية الثالثة (ونادراً بعدها) يفضل المتقوقع وضع الاسترخاء والاستلقاء على بطنه ، الوجه مائل إلى الخارج وإلى الأسفل ، مع البكاء أو مص الإصبع. . . الخ. وهو يتوقع قدوم أحدٍ ما لاسترضائه.

ب - ابتداءً من الثالثة يميل الطفل للاستلقاء على أحد جوانب جسمه .

ج - مع نهاية مرحلة ما قبل المدرسية يميل المتقوقع للاستلقاء على ظهره .

وفيما يلي نعرض جدولاً يمثل المعدل الوسطي لمجمل مواقف الطفل قبل المدرسي :

ولكن لا بد من الإشارة إلى أن هذه المعدلات تختلف اختلافاً كبيراً من طفل الى آخر ، وذلك تبعاً لشخصية كل طفلٍ على حلق . وأيضاً تبعاً لنمط علاقته الأسرية وأجوائه العائلية .

العمر المواقف	العطاء	الطلب	العدائية	الانتزاع	التقوقع
من ٢ إلى ٣ سنوات	٪ ٧	٪ ٢٥,٥	٪ ٣٥,٥	٪ ٩	٪ ٢٣,٥
من ٣ إلى ٤ سنوات	٪ ٥	٪ ٢٨,٥	٪ ٤٠,٥	٪ ١٢	٪ ١٤,٥
من ٤ إلى ٥ سنوات	٪ ٢	٪ ٣٢,٥	٪ ٤١,٥	٪ ١٤	٪ ١٠,٥

هذا وتختلف شخصية الأطفال باختلاف طغيان أحد المواقف التالية على غيرها :

أ - الطفل القائد : ويكون قليل العدائية ويرغب بالاحتكاك مع باقي الأطفال .

ب - الطفل التابع : هو طفل كثير الخوف والبكاء والعدائية وهو يخاف الآخرين ويتجنب مشاركتهم .

ج - الطفل المسيطر : وهو الذي يفرض نفسه بالعدائية والتهديد .

د - الطفل المتردد : يشارك أقرانه قليلاً أو لا يشاركهم أبداً ، وتتراوح مواقفه بين الخوف والبكاء والعدائية والعزلة .

هـ - الطفل المتراوح : تختلف شخصيته من أسبوع الى آخر ومن يوم الى آخر .

و - الطفل الانعزالي : يمتاز بانخفاض رغبته في المنافسة والمشاركة . ونادراً ما يظهر عدائيته .

ز - الطفل القائد - الخاضع : يتمتع بصفة القائد لجهة قدرته على اقتراح ألعاب جديدة ، ولكن انخفاض حماسته يضفي عليه مظاهر الخضوع . وغالبيتهم يعانون من إعاقة ما (مثل الربو أو الحساسية أو يضعون نظارات طبية أو مرض لا يسمح له ببذل الجهد اللازم للعب . . . الخ) .

وفي الواقع ، فإن مواقف الطفل العادي هي مختلفة ، إذ قد ينتقل من موقف إلى نقيضه تبعاً للظروف .

المراجع

١- Bergeron. M: Psychologie du premier âge Paris - P.U.F. - 1970.

٢- Corman L. : L'examen psychologique d'un enfant. Bruelles - Dessart - 1970 .

٣- Freud A. : Le normal et le pathologique chez l'enfant. Paris - Gallimard - 1968

٤- Naboulsi M. : Studii asupra inteligenta infantila,Université Craiova, 1983

٥- Papert S. : Les Jaillissements de l'esprit, Paris. Flammarion (1981).

Piaget J. et Inhelder La psychologie de l'enfant. ed Payot, Paris 1981

٦- Piaget J. : L'équilibre des structures cognitives, Paris. PUF 1975

٧- Simonnet C: Vivent les bébés, ed. Le Seuil, Paris 1986

٨- محمد أحمد النابلسي ،سلسلة علم نفس الطفل (٧ أجزاء) ، دار النهضة العربية ١٩٨٨ .

٩- محمد أحمد النابلسي : قراءة تخطيط الدماغ ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٨ .

٣ - الصحة العقلية

تنمية القدرات العقلية للأطفال(*)

د . محمد أحمد النابلسي

١ - تعريف الصحة العقلية :

إن الطفل هو مخلوق قيد التطور . وعليه فإنه من غير الممكن القبول بتعريف صحته العقلية على النحو الذي نعرف فيه الصحة العقلية لدى البالغ . ذلك أن عوامل هذا التعريف تختلف لدى الطفل عنها لدى البالغ . ومن هذه العوامل : التكيف ، التكامل ، الاستقلالية الذاتية ، إدراك الوقائع ، التحكم والتفاعل مع المحيط . . . الخ . إن مجمل هذه العوامل تكون في مرحلة التكون والتطور لدى الطفل . وفي رأينا أن قصور تطور هذه العوامل يحد من وعي الطفل ويقلل من تعرضه للاضطرابات النفسية (ردات الفعل) . وتزيد من تعرضه للاضطرابات التعلقية العاطفية . وهكذا ، فإن الاضطرابات العقلية لدى الطفل يمكن تصنيفها على النحو الآتي :

١ - الاضطرابات العقلية ذات الأساس العضوي . وتقسم إلى :

- وراثية (بعض الأمراض العقلية التي تنتقل وراثياً وتنقل معها تشوهات عضوية في بعض الأحيان) .

- مكتسبة (سواء بسبب ظروف الحمل أو الولادة أو تعرض الطفل للرضوض أو للأمراض العضوية) .

(*) محاضرة في إطار إعداد مرشدين نفسيين في دورات الـ Unicef .

٢ - **الاضطرابات العقلية - النفسية :**

هي اضطرابات تنشأ عن نقص أو غياب الشحنات العاطفية للأم . وتتراوح بين التخلف العقلي (حالة الفتاة الذئب مثلاً) ، وبطء أو تخلف النمو النفسي - العضوي للطفل .

هذا ، ويفرد تصنيف منظمة الصحة العالمية (للأمراض العقلية) باباً خاصاً بالاضطرابات العقلية لدى الأطفال . وهو يصنفها على النحو التالي :

٣١٣ - اضطرابات عاطفية - مزاجية مميزة لفترة الطفولة والمراهقة . وتقسم إلى :

٣١٣,٠ الخوف والهياج (رفض المدرسة ، الخرس الانتقائي) .

٣١٣,١ الخوف والألم الأخلاقي- المعنوي .

٣١٣,٢ الحساسية الزائدة ، الخجل والعزلة عن الرفاق .

٣١٣,٣ صعوبة العلاقات مع المحيط (الغيرة المبالغة ضمناً) .

٣١٣,٨ مزيج من الاضطرابات المذكورة أعلاه .

٣١٤ - عدم الثبات الطفولي . وتقسم هذه الاضطرابات إلى :

٣١٤,٠ اضطرابات النشاط والانتباه البسيطة .

٣١٤,١ عدم الثبات المترافق بتخلف نمو الطفل .

٣١٤,٢ اضطرابات سلوكية ذات صلة بعدم الثبات (أو الاستقرار النفسي) .

٣١٤,٨ غيرها .

٣١٥ - تخلف النمو (تباطؤ النمو الحركي ، النطق ، التخلف الحسابي ، القراءة . . . الخ) .

٣١٥,٠ تخلف تعلم القراءة .

٣١٥,١ التخلف الحسابي .

٣١٥,٢ أنواع أخرى للتخلف المدرسي .

٣١٥,٣ اضطرابات نمو النطق واللغة .

٣١٥,٤ التخلف الحركي .

٣١٥,٥ اضطرابات نمو مختلفة .

أما عن أمراض الطفل من حيث تصنيفها الطبي المختصر ، فهي :

١ - التخلف العقلي بدرجاته الثلاثة .

٢ - الصرع .

٣ - العزلة الطفولية .

٤ - العصابات الحركية .

٥ - سلس البول (وهو مظهر نفسي - عاطفي) .

٦ - اضطرابات النطق . . . الخ .

٢ - تنمية القدرات العقلية :

منذ حوالى العشرين عاماً ، وأنظار العلماء متجهة نحو تربية أطفال عباقرة يشكلون العنصر البشري للقرن المقبل . وتضافرت جهود هؤلاء العلماء لغاية وضعهم برنامج التربية العبقرية .وقبل مناقشة هذا البرنامج نود إعطاء لمحة موجزة عن هذه المحاولات .

(أ) تربية أطفال عباقرة :

إن محاولات فهم وتعريف الذكاء الإنساني هي محاولات موغلة في القدم . وحديثاً تصدى لهذه المواضيع علماء ، مثل : بياجيه وكرتشمر ، وغيرهم من أصحاب النظريات التي لا مجال لمناقشتها في هذا البحث . وعليه ، فإننا نقصر حديثنا على المدرستين التاليتين :

(أ) مدرسة تنمية ذكاء الجنين (Haptonomie) :

وتبحث هذه المدرسة في وسائل اتصال الحامل بجنينها . وقد توصل الباحثون إلى تحقيق تطورات مهمة في هذا المجال ، فاستطاعوا إثبات الأمور التالية :

- يملك الجنين ذاكرته الخاصة . ومن الدلائل على ذلك عملية مص الإصبع التي يقوم بها الجنين وهو في بطن أمه . وهذه الحركة تقتضي ملكية الجنين لذاكرة تمكنه من

حفظ تتابع الحركات المؤدية إلى عملية مص الإصبع .

- قام الباحثون بإجراء التخطيطات الدماغية لأجنة (في بطون أمهاتها) ، ولاحظوا أن نوم الجنين يمر بفترات من النوم العشوائي المترافق بحركات العين السريعة . وهذا ما يحدث لدى البالغ عندما يحلم . مما دفع بهؤلاء الباحثين إلى طرح فرضية مفادها أن الجنين يحلم وهو في بطن أمه . وهذه الفرضية تعني وجود جهاز نفسي وذاكرة مستقلتين لدى الجنين .

- إن قلق الأم ، اضطرابها وتوترها النفسي ، كما أحاسيسها الإيجابية ، والجنسية ، تنتقل إلى الجنين عن طريق الإفرازات الكيميائية التي تصل إلى جسم الجنين بواسطة الدم .

من هذه المنطلقات ، يعمل عدد من الباحثين على البحث عن تأمين وسائل اتصال تمكن الحامل من الاتصال بجنينها . وذلك بهدف دعم الجهاز النفسي للجنين والعمل على تطويره . وبهذا نشأ علم جديد لاتصال الحامل بالجنين عن طريق الملامسة (Haptonomie) . أي عن طريق قيامها بملامسة بطنها بحيث تشجع الجنين على الاستجابة لضغط الملامسة بالحركة (التي تشعر بها الحامل) .وبهذا تستطيع الحامل مساعدة الجنين على تكوين ارتكاسات شرطية ، من شأنها أن تزيد ذكاءه ، وتنمي إدراكاته ، بما فيها ذاكرته . ولا تزال الأبحاث جارية في هذا المجال .

(ب) تربية الرضيع العبقري :

اعتماداً على الأبحاث الحديثة المتعلقة بالذكاء الإنساني ، وخاصة في مراحل الطفولة ، لم يعد علماء اليوم ينظرون الى الرضيع على أنه أنبوب يبتلع الغذاء ويحوله ، ومن ثم يفرزه ، دون أي شكل من أشكال الوعي .ولدى انطلاق الباحثين في وضع أسس التربية الكفيلة بتحويل الرضيع العادي إلى طفل عبقري ، فوجيء هؤلاء الباحثون بعدد من المشاكل أهمها ، ضعف ذاكرة الرضيع . فذاكرة الرضيع لا تستطيع الاحتفاظ بالذكريات لأكثر من بضعة أيام في أحسن الأحوال . وهكذا فإن الرضيع ينسى كل ما يمكن أن نعلمه إياه ، إذ لا يمكن تعليم إنسان لا يملك ذاكرة .

إلا أن هذه المشاكل لم تحبط هؤلاء الباحثين . فعمدوا إلى تعليم الأطفال حديثي الولادة متجاهلين قصورهم النفسي - العصبي .

بهذا تمكن هؤلاء من تحقيق نتائج مذهلة ، إذ توصلوا الى تعليم طفل ، لم يتجاوز شهره الثامن عشر حل مسألة حسابية ، وتكلم لغة أجنبية قبل أن يتخطى سن العامين . ولدى وصول هذا الطفل إلى سن ثلاث سنوات ، كانوا قد علموه مبادىء المعلوماتية .

وقد أعيدت هذه التجربة بنجاح على عددٍ كبير من الأطفال مما دفع بمؤسس هذه الطريقة الى الاعراب عن أمله في التوصل إلى إرساء أسلوب تربوي - عبقري ، من شأنه أن يحول الجيل القادم إلى عباقرة .

(ج) ثغرات التربية العبقرية :

إن النتائج الأولية للتربية العبقرية ، تثبت وجود ثغرات أساسية في هذه التربية . إذ نلاحظ ، وعلى الرغم من المهارات الهائلة التي يكتسبها الطفل عن طريق هذه التربية ، إلا أن الذكاء الفعلي لهؤلاء الأطفال لم يحقق أي تقدم . ولنستعرض معاً آراء الأطباء النفسيين الذين أشرفوا على هؤلاء الأطفال :

- إن الطفل المربى على هذه الطريقة هو طفل يعاني من القلق .

- يظهر لدى بعض هؤلاء الأطفال مظاهر تناذر جديد في تاريخ الطب ، هو تناذر السوبر طفل . ويظهر أحياناً بمظاهر الانهيار العصبي ، الذي يصيب بعض هؤلاء الأطفال ، وهم بعد في الثالثة من عمرهم .

- إن هذه التربية تحول الطفل إلى قردٍ عالم .

- تنمو الملكات لدى هؤلاء الأطفال ، ولكن هذا النمو يكون على حساب نمو الترابط بين قواهم الإدراكية .

٣ - بسيكوسوماتيك الطفل :

إن العلاقة بين التوازن النفسي والتوازن الجسدي ، هي علاقة لا مجال للشك فيها ، وخاصة في حالة الطفل . فقد نشأ اليوم اختصاص طبي متفرد هو اختصاص بسيكوسوماتيك الطفل . وباختصار شديد يمكن أن نلخص بسيكوسوماتيك الطفل من خلال النقاط التالية :

(أ) بسبب عدم اكتمال الجهاز التنفسي - الجسدي للطفل ، فإن أي اضطراب

جسدي ينعكس مباشرة على الصعيد النفسي والعكس بالعكس . وهذه بعض الأمثلة :

- قصور الغدة الدرقية : ينعكس على الصعيد النفسي بتباطؤ النمو النفسي والحركي وصولاً إلى التخلف العقلي .

- الصرع : ينعكس على الصعيد النفسي باضطرابات سلوكية واضحة وقابلة للتطور .

- أمراض الطفولة : وتنعكس على الصعيد النفسي بدرجات متفاوتة .

- الحساسية : للطفل المريض بهذه الأمراض شخصية مميزة تسمى الطبع التحسسي . ويعتقد البعض ، أن هذه الشخصية هي سبب مباشر لأمراض الحساسية ، وليست نتيجة لها .

- الأمراض الخلقية : غالباً ما تمتزج المظاهر النفسية بالمظاهر الجسدية في هذه الحالات ، كأن تترافق تشوهات القلب مع مظاهر التخلف العقلي ، وغير ذلك من الأوضاع المرضية .

- نقص الڤيتامينات : وينعكس بمظاهر نفسية أكثر من انعكاسه بمظاهر جسدية .

(ب) ينعكس الوضع النفساني للمحيط (وبخاصة الأم) على الطفل ، فيتسبب بخلل في توازنه النفسي - الجسدي . ويمكن لهذا الانعكاس أن يتم بطريق مختلفة ، هي :

- يتكلم العلماء اليوم على الأم المتسببة بالربو أو الفصام أو بغيرهما من الأمراض . ويعتقدون أن أمهات هؤلاء المرضى يشتركن فيما بينهن بنمط سلوكي مشترك .

- ينعكس قلق الأم وتوترها على طفلها بمظاهر القلق والتوتر ، كما من خلال إهمالها للعناية بطفلها ، مما يزيد إمكانية تعرض الطفل للإصابات المعدية (إهمال النظافة) والجلدية . . . الخ .

(ج) تتداخل تأثيرات الإعاقة النفسية والجسدية . وذلك بحيث يفرد الطب النفسي اختصاصاً لهؤلاء الأطفال ، يعرف بالـ Pedo Psychiatrie .

٤ - القوى الإدراكية عند الطفل :

إن أبسط تعريفات القوى الإدراكية وأوجزها ، هو التالي : «إن القوى الإدراكية هي تلك القوى الذهنية التي يمكننا قياسها وتقييمها» . وتتوزع القوى الإدراكية على النحو التالي :

١ - الانتباه .	٥ - الإدراك .
٢ - الذاكرة .	٦ - الخيال .
٣ - التفكير .	٧ - الإرادة .
٤ - الوعي .	٨ - الاتصال وغيرها .

هذا ، وتعتبر القوى الإدراكية أساساً لقدرة الشخص على التعلم والمعرفة . ومن الطبيعي القول بأن اضطراب أيٍّ من هذه القوى الذهنية يؤدي إلى اضطرابها جميعاً ، بدرجات متفاوتة ، ومعها اضطراب المعرفة والقدرة على التعلم .

من هذه المعطيات تنبع الأهمية القصوى لدراسة ومراقبة هذه القوى الإدراكية ، وتحديداً الانتباه والذاكرة والتفكير . وقبل بحثنا في كل من هذه النقاط على حدة ، نود عرض النظرية الأكثر انتشاراً لنمو القوى الإدراكية لدى الطفل . ونعني بها نظرية بياجيه (Piaget) .

يقسم بياجيه مراحل التطور الإدراكي لدى الطفل إلى المراحل التالية :

١ - المرحلة الحسية - الحركية Sensorio-motrice :

وتمتد هذه المرحلة من الولادة ولغاية سن الحادية عشرة . والفترة من الولادة وحتى السنة والنصف تشهد تطور ذكاء من نوع خاص ، هو الذكاء الذي يساعد الطفل على استيعاب العالم الخارجي ، واستيعاب حركة الأشياء . وهذه المرحلة تساهم في تثبيت معرفتين أساسيتين ومؤثرتين في كافة مراحل تعلم الطفل ، هما :

(أ) ديمومة الأشياء : في البداية يرى الرضيع العالم على أنه مجموعة من الأشياء التي تظهر وتختفي . ولكنه يكتشف لاحقاً ديمومة هذه الأشياء ، حتى ولو غابت عن نظره ، فيبدأ البحث عنها .

(ب) تنظيم الأشياء في الفضاء : وهذا ما يتيح للطفل تحديد موقع جسده في

الفضاء مما يساعده في الحفاظ على توازن جسمه أثناء المشي . وتبدأ هذه المعرفة حين يلمس الطفل أحد أعضاء جسده عن طريق الصدفة ، فيعمد بعدها إلى اكتشاف سائر جسده . ثم يدب على يديه وقدميه (البعد الثاني) ، ومن بعدها يحاول المشي (البعد الثالث) . والمرحلة الحسية - الحركية تهيمن على السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل .

٢ - مرحلة العمليات المتماسكة Opérations Concrétes :

وتبدأ في سن الـ٦-٧ سنوات . وفيها يتم تنسيق المعارف والمعلومات ، المستندة إلى الذكاء التصوري ، بشكل منطقي . وتشهد هذه المرحلة استيعاب المفاهيم الكمية (المادة ، وزن الأشياء وحجمها) ، والمفاهيم العددية والفضائية والزمانية .

٣ - مرحلة العمليات المتطورة Opérations Formelles :

وتشمل سنوات ما قبل المراهقة . ففي هذه المرحلة ، يستطيع الطفل أن يحرر الأفكار من المحتويات الواقعية ، لتصبح أفكاراً صرفة . وبهذا ينمو الحدس والقدرة على تبين احتمالات حدوث الأشياء في المستقبل على أنها نتيجة طبيعية للوضع الراهن .

بعد هذا العرض ، نأتي للحديث عن أهم القوى الإدراكية المساهمة في عملية التعلم لدى الطفل ، ونبدأ بـ :

١ - الانتباه Attention أو Prosexie :

إن المفهوم النفسي للانتباه هو القدرة على توجيه وتركيز النشاطات النفسية حول موضوع معين . و يرتبط الانتباه مباشرة بمزاج الشخص ، وطريقة تفكيره (هي التي تحدد اتجاه الانتباه) ، وقدرته على الفعل ، مستوى وعيه وذاكرته . ويمكننا تقسيم الانتباه إلى :

(أ) الانتباه العفوي أو اللاإرادي : وهو الانتباه الذي يوليه الشخص لتحديد موقعه . ويتمثل هذا الانتباه بالبحث عن أجوبة لأسئلة من نوع : أين أنا؟ ، ماذا حصل؟ ، ما هذا؟ . . . الخ .

(ب) الانتباه الإرادي : ويتوجه إلى هدف الفهم الأعمق للمحيط ، وتحليل هذا المحيط وصولاً إلى القدرة على تأمين الاحتياجات والأهداف .

(ج) الانتباه ما بعد الإرادي : وهو تحول الانتباه الإرادي ، مع التكرار ، إلى انتباه لا إرادي . والآن نأتي إلى استعراض اضطرابات الانتباه وهي :

(أ) انخفاض الانتباه : ويظهر في حالات الإرهاق ، الانهيار ، عقب التعرض للرضوض أو الآلام أو الالتهابات ، التسمم ، الشيزوفرانيا ، وغيرها .

(ب) ارتفاع الانتباه : ويظهر بشكل طبيعي عندما نستنفر حشرية الشخص ، وعندما نواجه بالجديد من الأشياء . كما يتبدى ارتفاع الانتباه بشكل مرضي في حالات الهذيان العظامي ، وفي حالات الهوس . وفي هذه الحالات يتلقى الشخص إثارات كثيرة ، بحيث يعجز عن تحليلها وعن التركيز على أحدها أو على فكرة معينة . فهو ينتبه ويحس بكل ما من حوله ، ولكنه عاجز عن التركيز على أي من هذه الأشياء .

(ج) انعدام الانتباه : والمقصود هنا هو انعدام الانتباه الإرادي . الذي يتمثل في حالات العته والتخلف العقلي الحاد .

(د) جمود الانتباه : ونعني به تركز الاهتمام والانتباه في موضوع ، أو مواضيع معينة . مما يؤدي إلى لامبالاة الشخص أمام المواضيع الأخرى . وهذه الحالات نلاحظها في بعض حالات الصرع Epilepsie .

إذا كنا في مجال الحديث عن ملكة الانتباه لدى الطفل ، فإننا نلخص وسائل تحسين الانتباه لديه على النحو التالي :

١ - استثارة فضول الطفل عن طريق تشجيعه على طرح الأسئلة .

٢ - إلغاء العوامل أو الأمراض التي من شأنها أن تشتت انتباه الطفل .

٣ - استثارة فضول واهتمام الطفل عن طريق تكثيف المثيرات (التعليم السمعي- البصري ، بالكومبيوتر . . الخ) .

٤ - اتباع طريقة الإفاضة في التعليم والحفظ (مناقشة المواضيع في مجموعات تضم ١٠ تلاميذ على الأكثر) .

٥ - ضرورة النظر للانتباه على أنه واحد من القوى الإدراكية ، بحيث يؤثر ويتأثر بمجموع هذه القوى . فالطفل الذي يعاني من اضطراب الوعي ، أو الذاكرة ، هو طفل يعاني حتماً من اضطراب الانتباه ، والعكس صحيح .

٦ - اعتماد مبادىء تعزيز الانتباه ، ونلخصها بـ :

- الثواب والعقاب .
- المناقشة .

- طرح الأسئلة الهادفة لاختبار مدى الاستيعاب (وبالتالي الانتباه) .
- تلقي أسئلة الطفل والإجابة عليها .
- التكرار وإعطاء الأمثلة التطبيقية .
- محاولة مخاطبة حواس الطفل ومشاعره ، بحيث يتمرن الطفل على توظيف هذه الحواس والمشاعر في ملكة الانتباه .

وفي نهاية حديثنا ، لا يمكننا إلا وأن نلفت إلى أهمية التحسينات الجديدة (في الثمانينات) التي أُدخلت على نظرية بياجيه . ونلخصها على النحو الآتي :

شهد الذكاء الإنساني ، وبخاصة مستوى ذكاء الطفل ، قفزات هائلة في النصف الأخير من هذا القرن . وفي تفسيرهم لهذه القفزات ، وجد العلماء الإنسانيون ، أن هذه التطورات ، إنما نشأت عن تطور وسائل الاتصال ، وظهور وسائل جديدة متطورة لهذا الاتصال .

ومن البراهين التي يسوقها العلماء ، أن تطورات الذكاء هذه ، إنما رافقت ظهور الراديو والتلفزيون . هذا الظهور الذي ترافق مع تعجيل النمو الذهني لدى الأطفال وتوسيع آفاق إدراكهم . وكانت البراهين دامغة ، بحيث دفعت بالمربين إلى طلب مساعدة الاختصاصيين في مختلف الفروع الإنسانية ، من أجل ابتكار برامج إذاعية وتلفزيونية تعليمية (هنا نشيرإلى أهمية البرامج العربية التي يعدها التلفزيون الكويتي) . وقد حققت هذه البرامج نتائج هامة ، ليس فقط فيما يتعلق بتطور ذكاء الطفل ، وإنما أيضاً في مجال محاربة الأمية في الدول النامية .

وفي هذا المجال ، لا يمكننا تجاهل الدور الهام الذي تلعبه الصور المتحركة ، وبرامج الخيال العلمي في هذه المجالات . ولعل أهم الإيجابيات في هذه الوسائل ، هو كونها تجلب كامل انتباه الطفل، وكونها تجيب على عددٍ كبير من أسئلة الأطفال فتدفعهم إلى طرح عدد من الأسئلة الجديدة . إضافة الى مساعدة هؤلاء الأطفال على فهم بعض المبادىء وتبسيطها .

ومع بداية الستينات ، شهدت الاتصالات تطوراً جديداً هاماً ، أغرى العلماء باستغلاله من أجل تحقيق قفزات تطويرية جديدة للذكاء الإنساني . ومن أهم هذه المحاولات ، محاولات معهد بياجيه في سويسرا . ففي الأساس ، تتركز نظرية بياجيه على مبدأ المخططات العقلية التي تتعقد مع تعقد إدراكات الطفل . ويرى بياجيه أن قدرة

الإنسان على التعلم إنما ترتبط بعاملين أساسيين هما :

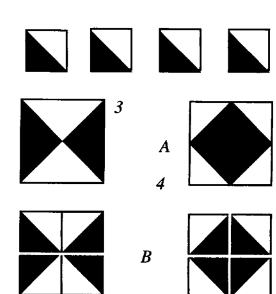
- مدى تطور المخططات العقلية - الإدراكية للشخص .

- مدى قدرة الشخص على تعديل هذه المخططات حتى تتلاءم مع استيعابه للعالم الخارجي .

وفي دراسة أجراها الباحث Papert Seymour على أطفال جعلهم يتعلمون عن طريق الكومبيوتر تبين له أن هؤلاء الأطفال هم أقدر على التفكير بالفكرة ، وذلك بسبب قدرة الكومبيوتر على إعطاء الإجابات التي تلزم هؤلاء الأطفال (تختلف من طفل الى آخر) كي يستوعبوا المعلومات بشكل موضوعي . ويتوصل الباحث إلى نتيجة «مفادها» أن الكومبيوتر ينمي قدرة الطفل على التفكير (وبالتالي ذكاءه) .

وعلى هذا الأساس يتم تطوير نظريات بياجيه عن طريق استخدام طريقة التعليم بالكومبيوتر في علاج عدد من الاضطرابات الطفولية (مثل ألعاب Atari مثلاً) ، وتحديداً في علاج اضطراب الانتباه لدى الطفل . فهذه الألعاب تجبر الطفل على تركيز كامل انتباهه كي لا يخسر ، وبالتالي ، فإنها تدربه على استخدام هذا الانتباه . وهذا التدريب صالح لجميع الأطفال إذ ينمي قدرتهم على الانتباه .

أما بالنسبة لاختبارات الانتباه فهي عديدة ، ونحن نفضل من بينها الاختبار التالي لأنه يجمع بين اختبار الانتباه والملاحظة وتنظيم التفكير . ويسمى هذا الاختبار بمكعبات كوخ .



هذا الاختبار هو واحد من أسهل الاختبارات وأكثرها استعمالاً في مرحلة الطفل المدرسي . ويتمثل بالمكعبات الأربعة المصورة أعلاه ويطلب إلى الطفل أن يكون منها أحد الشكلين ٣ أو ٤ .

إن طفلاً طبيعياً في السابعة من عمره يكون الصورة ٤ لدى محاولته تكوين الصورة ٣ . وهو يواجه صعوبة إذا ما طلبنا منه إعادة تركيب الصورة ٤ نفسها .

٢ - الذاكرة :

إن المفهوم النفسي للذاكرة هو كونها ملكة التسجيل الواعي للتجارب المعاشة . هذا التسجيل الذي يتم بشكل إشارات عصبية على صعيد اللحاء الدماغي .

والذاكرة ، كما الانتباه ، تقسم إلى الذاكرة العفوية والذاكرة الإرادية . والذاكرة الإرادية ترتبط بشكل مباشر وقوي بملكة الانتباه الإرادي .

وظائف الذكرة :

يمكننا تلخيص هذه الوظائف بتقسيمها إلى :

١ - الحفظ ٢ -التثبيت . ٣ - التذكر .

وعملية التذكر تبدأ من الحدث الحاضر إلى الأحداث المشابهة الأقدم ، فالأكثر قدماً (أي أن الإنسان يتذكر معلومة اليوم ثم معلومة الأمس ثم المعلومة التي حفظها منذ شهر فالأقدم . . . الخ) .

ولكن الأحداث المرفقة بالإثارات الحسية القوية والفائقة القوة ، تحتفظ بمكانة خاصة لها (مثل ذكريات الحرب والأسر والاعتقال والحزن أو الفرح الزائد . . الخ) . وعلى وجه الإجمال نستطيع القول بأنه ، كلما كان المثير المرافق للحدث أقوى ، كلما كان حفظه أسهل وأرسخ .

والذاكرة هي من أهم القوى الإدراكية قابلية للتطوير . فعن طريق تدريب الذاكرة نستطيع التوصل إلى نتائج مذهلة ، شرط أن يراعى في هذا التدريب الحالة الإدراكية الخاصة للمتعلم .

الذاكرة والدماغ :

منذ أقدم العصور والإنسان يدرس الذاكرة ويعمل على تحسينها . وقد شبهها الأطباء الإغريق بمصقل من الشمع يخط عليه الزمن تجارب الإنسان . ولكن العلوم الطبية الحديثة تمكنت من تحديد عدد من التفاصيل العلمية الدقيقة حول كيفية عمل الذاكرة . ومن هذه التفاصيل نذكر :

- الذاكرة قصيرة الأجل : وهي تعتمد على المناطق الدماغية التالية : الهيبوكامب - الاجسام الثديية والنواة الأمامية للمهاد البصري (التالاموس) .

- الذاكرة الطويلة الأجل : وهي تعتمد على المناطق الدماغية السابقة الذكر ، إضافة إلى مشاركة الهيبوتالاموس والمناطق الدماغية الحسية . هذا ، وقد توصل العلماء إلى تحديد دور المنطقة الدماغية المسماة بـ Cirus Cingulers في انتقال المعلومات من الذاكرة القصيرة الأجل إلى الذاكرة الطويلة الأجل .

اضطرابات الذاكرة :

١ - تضخم الذاكرة : ويمكن ملاحظته لدى أناس طبيعيين . أما الحالات المرضية لتضخم الذاكرة فنجدها لدى مرضى الهوس والعظام (البارانويا) . كما يمكن أن يحدث تضخماً لذاكرة ، بشكل عابر ، لدى تعاطي المخدرات والعقاقير المنشطة ، أو لدى تعرض الشخص لخوف مبالغ (خطر الموت) . إلا أن هذا التضخم لا يلبث أن يتبعه انخفاض للذاكرة .

٢ - انخفاض الذاكرة : وينجم عن التعب والإرهاق النفسي والأوضاع النفسية المترافقة مع اللامبالاة (انهيار ، كآبة ، . . . الخ) ، وكذلك عن مجمل الحالات التي تؤدي إلى انخفاض الانتباه (تسمم ، آلام ، التهابات ، شيزوفرانيا . . الخ) .

٣ - فقدان الذاكرة : ويقسم إلى :

(أ) فقدان الذاكرة الرجعي : اضطراب القدرة على تذكر المعلومات القديمة .

(ب) فقدان الذاكرة الراهن : اضطراب القدرة على حفظ المعلومات الجديدة .

(ج) فقدان الذاكرة التثبيتي : وهو النسيان التدريجي - الكامل للمعلومات القديمة .

(د) فقدان الذاكرة الانتقائي : بحيث يطال فقدان الذاكرة أحداثاً أو معلومات معينة دون غيرها .

(هـ) فقدان الذاكرة النفسي : وهو الذي يأتي بعد تعرض الشخص لانفعال نفسي عنيف (وهو قابل للتراجع) .

(و) فقدان الذاكرة العصبي : وهو الناجم عن الإصابات العصبية .

٤ - النسايات الكاذبة : وهي الذكريات الكاذبة . بحيث يعتقد الشخص ، مخلصاً ، بأنه يتذكر أحداثاً لم تحدث فعلاً . ومن هذه النسايات نذكر :

(أ) نسايات عته الشيخوخة : ينسى المسن فترة من حياته ويعيش في الماضي .

(ب) نسايات الانتخاب : ينسى المريض مثلاً اسم مخترع ما ، ويعتقد بأنه هو المخترع (المخبول ، المعتوه) .

خطوات تحسين الذاكرة :

ونلخص هذه الذاكرة على النحو التالي :

١ - استبعاد الاضطرابات والأمراض التي من شأنها أن تؤثر على الوعي ، أو الانتباه أو الذاكرة .

٢ - تعويد الطفل على استخدام حواسه ومشاعره ، وإشراكها في عملية الحفظ .

٣ - الإفاضة : يقسم الأطفال إلى مجموعات من ١٠ أطفال ، ويطلب منهم إعادة شرح ما تذكروه .

٤ - تدريب الطفل على الربط بين المعلومات .

٥ - اتباع أساليب القراءة الجيدة .

٦ - تنظيم عملية التذكر (اعتماداً على إقامة المقارنات بين المعلومات القديمة وتلك الواردة) .

٧ - التشجيع على عقد المقارنات والعلاقات الطريفة بين المعلومات الجديدة وبين أحداث لا تمت لها بصلة . وهذا ما يسمى بالعلاقة الخطرة ، التي يمكن استخدامها في مساعدة الذاكرة . وذلك على غرار تشبيه الشريط المتدلي بحبل الأرجوحة ، هذا التشبيه الذي يجعل من المستحيل على الطفل أن ينسى وجود هذا الشريط ، حتى ولو بعد سنوات . وقس عليه .

أما عن اختبار الذاكرة فيمكننا إجراؤه عن طريق طلب إعادة سرد معلومات أو تفاصيل حدثٍ ما. وذلك بحيث نستطيع اختبار مدى ملاحظة انتباه وتذكر الطفل وقدرته على الربط بين المعلومات . والجدير بالذكر ، أن الذاكرة التصويرية هي أكثر تطوراً لدى الطفل منها لدى البالغ . فالطفل يستطيع أن يستعيد الصور التي يراها ، ليعود ويكتشف فيها أشياء جدية . وهذا ما يعجز عنه البالغ .

٣ - التفكير :

إن ملكة التفكير هي أرقى الوظائف الإدراكية للعقل البشري . والتفكير هو الانعكاس العام للعالم في دماغ الشخص ، وذلك من خلال قدرة العقل على تمييز أساسيات وخصائص الأشياء والظواهر والعلاقات التي يمكنها أن تقوم بينها . وعن طريق ترابط هذه الأفكار تتم عملية التفكير بطريقة مباشرة بواسطة أدوات الحس (الحواس) أو بطريقة غير مباشرة عن طريق الكلمات ، والتخيلات والأحاسيس العاطفية - المزاجية . وذلك بحيث تتضافر مجموعة هذه الأحاسيس لتحديد مبادىء التفكير وأسسه . وانطلاقاً من هذه المبادىء يتعرف الإنسان إلى الطبيعة والمجتمع والعالم الخارجي إجمالاً ، ويحدد موقعه فيهم واستقلاله عنهم .

تعريف آخر مهم للقوة الإدراكية الراقية (التفكير) ، وهو التالي : إن التفكير هو الملكة التي تؤدي إلى تكامل وتطويع المعلومات المختصة بالعلاقة بين العالم الخارجي والعالم الداخلي ، مما يؤدي إلى التعلم غير المباشر . فالتفكير إذاً يؤدي إلى تحوير وتطوير المعرفة المكتسبة .

ونظراً لحساسية هذه الملكة وتطورها ، فإن اضطرابتها عديدة وتطال صعداً مختلفة . ويمكننا تبويب هذه الاضطرابات إلى :

(أ) اضطرابات تطال مجرى التفكير وتقسم بدورها إلى :

١ - اضطرابات إيقاع التفكير وتقسم إلى :

- تسارع إيقاع التفكير .
- تباطؤ إيقاع التفكير .

٢ - اضطرابات محتوى التفكير ، وتقسم إلى :

- اجترار الأفكار .
- الانخفاض التدريجي لمحتوى التفكير (مع فترات سكوت تتخلل الحديث) . Mental Fading
- الحواجز الفكرية (وهي تجبر المريض على إيقاف حديثه) .

- جمود الفكر (صعوبة التفكير - خاصة لدى المخبولين) .

- الإصرار القهري على التفكير باتجاه معين .

(ب) اضطرابات تطال إنتاجية التفكير ، وتقسم إلى :

١ - فقر التفكير .

- التفكير الفائض (تتابع الأفكار بحيث يعجز المريض عن التحكم بها) .

٢ - اضطرابات في نوعية التفكير ، وتقسم إلى :

- العزلة الفكرية .

- التعقيل والتفكير المرضي (تفسير الظواهر والتفكير فيها بشكل مرضي) .

- الربط الخاطىء بين الأفكار .

- الربط الآلي والسطحي بين الأفكار .

- ربط الأفكار وتوجيهها جميعاً في اتجاه معين .

- الربط الوقح بين الأفكار .

- عدم ترابط سياق التفكير .

- ترابط الأفكار المتأثر بالظروف .

٣ - انعدام التفكير (في حالات النوبة الصرعية ، فقدان الوعي وبعض الحالات العقلية - العضوية) .

(ج) اضطرابات تطال مجمل عمليات التفكير ، وتقسم إلى :

١ - اضطرابات تطال القدرة على التعقيل ، وتقسم إلى :

- أفكار قهرية تسيطر على التفكير .

- أفكار وسواسية (ذكريات ، مخاوف ، وكافة مظاهر الأعصبة القهرية) .

- أفكار مهيمنة .

- أفكار هذيانية (أفكار الظلم ، الانهيار ، الوساوس المرضية ، الغيرة ، هذيان ، الاختراع ، الدين ، العظمة ، التأثير بالعالم الخارجي . . الخ) .

٢ - البنية الفكرية الهذيانية ، وتقسم إلى :

- محدودة .
- قابلة للتطور .

٤ - الاقتراحات العلمية لتحسين قدرات التعلم :

بعد التطورات الطبية الهائلة ، وتداخل فروع الطب مع سائر العلوم الأخرى ، بات الطب عامة ، والطب النفسي تحديداً ، يلعب الدور الأساسي في عمليات التعلم وفي تطوير نظرياته . ونحن في نهاية هذه المقالة ، إذا أردنا أن نقدم اقتراحات عملية لتحسين قدرات العلم ، فإننا ننصح بما يلي :

١ - العلاج الطبي - الدوائي لكافة اضطرابات القوى الإدراكية :

إن العقاقير النفسية التي توالى ظهورها منذ مطلع الخمسينات ، ولغاية اليوم ، أثبتت ، بما لا يدع مجالاً للشك ، قدرتها على التحكم بغالبية الأوضاع ، المرضية النفسية . وبما أن الاضطرابات الإدراكية ، التي تعيق عملية التعلم ، إنما تنجم عن هذه الأوضاع فإنه من الطبيعي الدعوة إلى علاج هذه الأمراض ، وبالتالي الدعوة الى ضرورة استبعاد الأوضاع المرضية التي من شأنها أن تخل بقدرة الشخص على التعلم .

٢ - العلاج النفسي - التكيفي :

ويهدف هذا العلاج الى تهيئة الشخص للتكيف مع صراعاته ، وذلك بحيث نقلل من تأثير هذه الصراعات في جلب انتباه اهتمام وتفكير الشخص ، بحيث يمنعه ذلك عن ممارسة النشاطات الأخرى وبينها التعلم . وإذا كنا نتحدث عن الأطفال ، فلا بد لنا من التذكر بالتأثير السلبي لبعض الصراعات الطفولية ، مثل :

- التعلق الزائد بالأم .
- الغيرة المبالغة .
- خلافات الأهل .
- غياب أحد الوالدين ، أو كليهما .

- معاناة الطفل من مرض جسدي .

- وجود عاهة جسدية لدى الطفل .

- إصابة الطفل بأمراض الحساسية (ربو وغيره) . ولهؤلاء الأطفال شخصية خاصة .

- الانعزال الطفولي (يجب تحري أسبابه) .

- الاستيعاب والوعي المبكر للصراعات والأوضاع التي لا يعيها عادة الطفل .

٣ - تلطيف الأجواء العائلية وتحسينها :

يمكن للعائلة أن تلعب دوراً في غاية السلبية ، بحيث تعيق إمكانيات التعلم لدى الطفل . وباختصار شديد نعرض لبعض الأدوار السلبية التي يمكن للعائلة أن تعيق تعلم الطفل من خلالها :

- الجهل والإهمال .

- وجود مريض نفسي في العائلة (قد يكون الأم أو الأب أو غيرهما) .

- الخلافات العائلية .

- القسوة على الطفل .

- الأهل المتطلبون (يطلبون من الطفل أكثر من إمكانياته الموضوعية ، فيدفعونه الشعور بالنقص) .

- وجود شخص أو أشخاص منحرفين في العائلة .

- الفقر .

- اكتظاظ المنزل .

وهذه العوامل لا تعيق فقط إمكانيات التعلم ، ولكنها تشجع ظهور الأمراض العقلية والنفسية لدى الطفل الذي يعيش هذه الأجواء .

بهذا نكون قد عرضنا للخطوات الرئيسية والأساسية في تهيئة الطفل لعملية التعلم . فالطفل الذي يعاني من مثل الاضطرابات المذكورة أعلاه ، هو طفل يواجه صعوبات جمة لتعلمه مهما كانت الوسائل التي نعلمه من خلالها . وهكذا ، فإننا ، وبعد

استبعادنا للمعيقات المذكورة أعلاه ، نستطيع تحسين عمليات التعلم عن طريق تطبيق الخطوات التالية :

١ - العمل على استفزاز عمليات وقوى الإدراك لدى الطفل ، وذلك عن طريق تدريبه على مشاركة حواسه وخياله ومشاعره في عملية التعلم . ومن الأساليب المعروفة في هذا المجال :

(أ) الأسلوب السمعي - البصري .

(ب) البرامج التلفزيونية التعليمية .

(ج) اعتماد الكومبيوتر (الحاسوب) في عملية التعلم .

(د) طريقة الإفاضة في التعلم (تشجيع طرح الأسئلة والمناقشات) .

٢ - تحسين قدرة الطفل على استقبال المعلومات ، وذلك عن طريق :

(أ) تدريبه على وسائل القراءة الجيدة .

(ب) استبعاد المشوشات (البرد أو الحرارة ، النوم المريح ، الضوضاء والظروف الصحية في الصف والبيت) .

(ج) التعليم باللعب .

(د) اتباع مبدأ الثواب والعقاب .

٣ - تحسين وسائل الاتصال بالأطفال .

من المعلوم أن لشخصية المعلم وأسلوبه أثراً رئيسياً في إقبال الأطفال على التعلم أو تحفظهم اتجاهه . وهكذا فإنه من الضروري معاملة الأطفال على أنهم أشخاص كاملون ولكن صغار . وبالتالي يجب الابتعاد عن التفكير بأسلوب أن الطفل هو نصف شخص بدليل أنه يدفع نصف تذكرة في الحفلات ! .

وهنا أود التذكير بقول للعالم كوهلير إذ يقول : «إن امتحانات واختبارات الذكاء تقيس في الواقع ذكاء الفاحص أكثر من قياسها لذكاء المفحوص» .

المراجع

(١) د . محمد أحمد نابلسي : ذكاء الجنين ، دار النهضة العربية ، الطبعة الثانية ١٩٨٨ .

(٢) د . محمد أحمد نابلسي : ذكاء الرضيع ، دار النهضة العربية ، الطبعة الأولى ١٩٨٨ .

(٣) د . محمد أحمد نابلسي : ذكاء الطفل قبل المدرسي ، دار النهضة العربية ، الطبعة الأولى ١٩٨٨ .

(٤) د . محمد أحمد نابلسي : ذكاء الطفل المدرسي ، دار النهضة العربية ، الطبعة الأولى ١٩٨٨ .

(٥) د . محمد أحمد نابلسي : العلاج النفسي العائلي ، دار النهضة العربية ، الطبعة الأولى ١٩٨٨ .

(٦) د . محمد أحمد نابلسي : الطب النفسي ودوره في التربية ، دار النهضة العربية ، الطبعة الأولى ١٩٨٨ .

(٧) د . محمد أحمد نابلسي : الربو عند الأطفال ، دار النهضة العربية ، الطبعة الأولى ١٩٨٨ .

(٨) Précis de Psychiatrie: L. Gayral ، مركز الدراسات النفسية – طرابلس ، ١٩٨٧ (نشرة خاصة) .

(٩) د .محمد أحمد نابلسي : أزمة الطفل المدرسي في لبنان ، مجلة التحرير ، ١٩٨٧ .

(١٠) د .محمد أحمد نابلسي : كيف نجيب على أسئلة الأطفال الحرجة ، مجلة التحرير ، ١٩٨٧ .

(١١) د . محمد أحمد نابلسي : أزمة الشباب اللبناني في مجتمع الحرب ، محاضرة في الرابطة الثقافية ، النهار العربي والدولي ، ١٩٨٧ .

(١٢) الأمراض النفسية وعلاجها ، منشورات مركز الدراسات النفسية – طرابلس ، الطبعة الثانية ١٩٨٧ .

(١٣) د .محمد أحمد نابلسي : الطفل وأمراضه العقلية ، سلسلة الطب النفسي .

(١٤) د .محمد النشواني : الطفل المثالي ، منشورات مؤسسة الرسالة ، ١٩٨٥ .

(١٥) L'équilibre des structures congnitives: J. Piaget ، P.U.F. ١٩٨٥ .

(١٦) Piaget. J et Inhelder. B: La Psychologie de l'enfant Payot - Paris

(١٧) د .محمد أحمد نابلسي : الصرع ، مقال في مجلة نداء الشمال ، ١٩٨٥ .

(١٨) د .محمد أحمد نابلسي : الاتصال والأبناء ، مقرر - الجامعة اللبنانية ، مركز الدراسات النفسية - طرابلس ، ١٩٨٧ .

(١٩) Vivent les bébés: C. Simmonet ، منشورات Seuil ، ١٩٨٦ .

(٢٠) Univ. Cariova, Studii asupra inteligenta infantila: M. Naboulsi ١٩٨٣ .

(٢١) le jaillissement de l'esprit: Syemour Papert Paris - Flammarion ، ١٩٨١ .

(٢٢) د . محمد أحمد نابلسي : تربية الأطفال العباقرة . مجلة الثقافة النفسية العدد الأول ، المجلد الأول ١٩٩٠ .

الفصل الثالث
العائلة وتربية الاطفال

التخلف المدرسي ، والتأتأة ، واضطرابات النطق ، وكآبة الطفل ، وغيرها من الاضطرابات الطفولية ، كلها على علاقة بالاتصال داخل العائلة . فها هي الطفلة تعود الى التبول اللاإرادي ليلا عقب ظهور الخلافات بين والديها . وذلك الطفل الذي يضطرب نطقه ويتخلف في دراسته عقب ولادة أخ جديد له ، هذه الولادة التي تحدث تغييرات داخل العائلة ، وهي تغييرات قد تبدو بدون أهمية بالنسبة للبالغين ، ولكنها كارثية بالنسبة للطفل . كما ان الاطفال ، من دون استثناء ، يتأثرون بنمط العلاقة بين والديهم ، خصوصا عندما تكون هذه العلاقة مضطربة ، كما قد يحصل ان يتفق افراد العائلة على نمط اتصالي غير عادي ، احيانا مرضي ، فيصبح الطفل ضحية لهذا النمط من العلاقات .

المسألة إذاً ، ليست في السؤال عن كيفية التصرف وعن الاسلوب التربوي الامثل ، بقدر ما هي مسألة الاجواء التي نربي فيها الطفل ، والتي تحدد له ، تحديداً لا يقبل التراجع ، اساليب اتصاله بالآخرين وتفاعله معهم ، فاذا تعود الطفل على تبني وسائل اتصال وتفاعل وتعامل طبيعية ، امكنه مستقبلا التكيف ، والتوافق مع مجتمعه . اما اذا ترسخ الطفل وسائل خاطئة ، فانه لن يتمكن من التكيف وسيتحول نحو الاضطراب .

لهذه الاسباب كانت اهمية اول اقسام هذا الفصل ، وهو مترجم ويحمل عنوان «اعادة اللحمة الى العائلة» ، حيث تتم مناقشة كافة هذه المواضيع . اضافة الى استعراض انماط الاتصال العائلي المرضية .

اما القسم الثاني ، فيناقش علاقة الاهل بتحديد مستوى طموح الاطفال ، وهو للدكتور جليل شكور ، حيث يختتم بمقترحات لتحسين مستوى طموح الاطفال .

القسم الثالث والأخير ، يطرح مسألة تربية الاطفال العباقرة ويستعرض الجهود

المبذولة لانتاج الطفل العبقري ، مركزاً على الوجه التربوي لهذه العملية . فقد جرت تجارب عديدة تمكنت من تحقيق بعض الانجازات لجهة الاسراع في عملية تعليم الطفل[1] . هذا الموضوع يهم بشكل خاص اولئك الذين يتساءلون عن تربية الاطفال غير العاديين بحيث يدخل بعض الاطفال الغربيين الى الجامعة وهم دون سن العاشرة[2] .

مواضيع هذا الفصل هي اذا : ١ - اعادة اللحمة الى العائلة ٢ - الاهل وأثرهم في تحديد طموح الاطفال ٣ - تربية الاطفال العباقرة .

(١) للتعمق في هذا الموضوع ، انظر كتاب «العلاج النفسي العائلي» ، فصل العلاج العائلي لمريض الفصام . والكتاب هو جزء من سلسلة علم نفس الطفل الصادرة عن دار النهضة العربية عام ١٩٨٨ (الثقافة النفسية) .

(٢) Richter, H: Psychanalyse de la famille - Mercure de France, 1971 .

١ - إعادة اللحمة الى العائلة

بقلم : باتريك غوسيلنغ
ترجمة : لجنة م . د . ن .

الفشل المدرسي وانعدام الشهية وانهيار الطفل ، هي ظواهر تتأتى غالباً من سوء التواصل داخل العائلة .في فرنسا ، ومنذ بضع سنوات ، يعمل معالجون على حل إشكاليات هذا التواصل . وهم يستلهمون في عملهم مبادىء مدرسة بالو التو (كاليفورنيا) ، والتحليل النفسي . يعرض وهذا المقال لجهودهم التي قد تتيح للعائلة فرصة كي تلعب دوراً مطمئناً اكثر فعالية .

وهذه الجهود تصب في إطار العلاج النفسي العائلي ، الذي يلعب دوراً أولياً في علاج الاضطرابات النفسية لدى الطفل ، كما في العلم ، على وقايته من اضطرابات مستقبلية قد يتسبب بها خلل الجهاز التواصلي في العائلة . واليكم المقال .

إن الامتناع عن الاتصال هو اتصال بحد ذاته . . . وفي هذا المجال يقول واتزلاويك : «إن أي تصرف ، يقوم به الفرد ، يؤثر في الآخر . . . وإن الآخرين لا يستطيعون تجاهل هذا الاتصال عن طريق التصرف . فذلك الشخص الذي ينظر أمامه من دون حراك ، وهو جالس في مقهى مليء بالناس ، هو شخص يعرب عن نيته بعدم التحدث مع الآخرين ، وموقفه هذا هو وسيلة اتصال يفهمها الآخرون ويتفاعلون وفقها» .

وفي عودة للاتصال نقول إن لكل اتصال وجهين : ١) المحتوى ، أو المعلومات التي يود إيصالها للآخرين . ٢) العلاقة التي تشير الى الكيفية التي يتوجب علينا تفسير الرسالة وفقها . أما الاتصال بحسب الوجه الاول ، فإن خطره يكمن في صلابة الادوار في العلاقة . وأما خطر الطريقة الثانية ، فهو كونها تنمي احتمالات المنافسة بين المتصلين . ويكمن الحل هنا في أن تكون تلقائياً (كن تلقائياً في اتصالك بالآخرين) فالعلاقة (مع من

تتصل بهم) تفرض عليك أن تحترم المحتوى والتلقائية ، هذا مع العلم بعدم إمكانية فهم وجهي الاتصال فهماً كاملاً أثناء إجرائه .

والواقع أن طبيعة أية علاقة تتحدد من خلال تحديدنا لتواتر تنقل الاتصال بين المتصلين . وجهل هذه الحقيقة يؤدي الى جهل طبيعة العلاقة ، وعنه تنجم مشادات لا تنتهي بين أطراف هذه العلاقة .

ولنأخذ المثال التالي : «الزوج يعتقد ، وبكل طيبة ، أن انطواءه وسلبيته هما نتيجة الانتقادات المتكررة التي توجهها له زوجته . في حين تعتقد الزوجة أنها إنما تنتقده بسبب سلبيته» .

أمام مثل هذه العلاقة تنعدم الحلول . إذ ان موقف كل طرف يزيد الطرف الآخر تمسكاً بموقفه ، وهكذا دواليك في حلقة مفرغة . ولكم هي كثيرة تلك العائلات التي تعيش في حلقة مفرغة شبيهة . وما ذلك إلا بسبب جهلهم لطبيعة علاقاتهم . والحل إنما يكمن في كسر هذه الحلقة المفرغة عن طريق تحري «ما وراء الاتصال» ، أي النظر الى الدوافع الخفية الكامنة خلف موقف الآخر وتصرفاته وطريقة اتصاله اجمالاً . فالبشر يستخدمون وسيلتين للاتصال : الاولى لغوية (محكية أو مكتوبة) ، والثانية حركية - تعبيرية . في الاولى نلاحظ أن الرابط بين الاشياء وبين الكلمات ، هو رابط عشوائي . إذ لا يوجد أي سبب منطقي يجعلنا نسمي القطة بـ ق- ط- ت- سوى الاصطلاح . أما في الثانية ، فإن التعابير تكون ذات روابط منطقية بالاشياء . ولقد درج الباحثون على تسميتها بـ «الاتصال غير الكلامي» . وقامت اليوم مدارس علاجية عديدة تتبع مبدأ العلاج النفسي عن طريق الاتصال غير الكلامي[1] : القامة ، الايماء ، لهجة الحديث ، تواترات الصوت . . . الخ) . وفي الغالب نلاحظ أن محتوى الاتصال ينتقل عن طريق اللغة ، في حين تتحدد العلاقة (بين المحتوى والقصد) عن طريق التعابير الحركية . وهذا ما نسميه بـ«ما وراء الاتصال» .

وهنا لا بد لنا من التفريق بين «الاتصال المكمل» ، حيث يتخذ أحد المتصلين موقفاً فوقياً ، و«الاتصال الموازي» حيث يكون المتصلون على قدم المساواة . وفي كلتي الحالتين لا نتجاهل مبدأ «الموقف المتواطىء» ، وهو عبارة عن تجاذب داخلي يظهر في الفترات

(١) مقالات عديدة تتناول هذه الطرائق العلاجية . نذكر منها «تكامل القامة» في العدد الاول و«العلاج بالرقص والموسيقة» في العدد الثالث و«العلاج بالحركة» الذي تطرقت اليه مجلة الثقافة النفسية في اكثر من عدد من أعدادها – المحرر

الاولى للعلاقة ، وهو أساس التجاذب بين الزوجين مثلاً .

نستنتج مما تقدم ، أن مفتاح الجزء الاكبر للسلوك البشري هو الاتصال . وبخاصة ، تلك الاتصالات التي تتردد وتنتهي بتحديد الهيكلية داخل العائلة ، وموقع كل فرد من أفرادها في هذه الهيكلية .

وهذه الهيكلية ليست مرضية بالضرورة . ولكنها ، تصبح كذلك إذا كان الاتصال داخل العائلة جامداً أو مرناً اكثر من الحدود المسموح بها . وعندها يمكن للعائلة أن تلعب دوراً إمراضياً في حياة أفرادها أو بعضهم . ومن هنا تنبع محاولات بعض المعالجين الاميركيين ممن لم يقتنعوا بالامراضية الفردية (كسبب كافٍ للإصابة بالفصام)، ممن يعتقدون بأن اختلال الجهاز الاسري يساهم في إحداث الفصام[1] . وبرأيهم أن هذه العائلات تملك فعلاً اسلوباً مرضياً في اتصال أفرادها ببعضهم ، وفي هيكليتها بشكل عام . وذلك بحيث يصعب علينا تعريف هذه الهيكلية وتحديدها لدى هذه العائلات ، إذ يلاحظ فيها عدم دقة الفواصل بين الأهل والابناء ، وبين الاناث والذكور . حتى اننا نجد صعوبة في تمييز «من يخاطب من؟» . لأن اسلوب المخاطبة شبيه وغير مميز ، بسبب عدم دقة الفواصل . وينعكس هذا الجهاز الاسري على الطفل فيسبب له صعوبة في تحديد الانا ووضع الفواصل بينها وبين العالم الخارجي (المتمثل بالاسرة اساساً) ، بما يجعل هويته الذاتية تضطرب . وهذه الطريقة في التفكير لا تتناقض مع مبدأ العلاج النفسي الإفرادي وإنما هي تكملها . فأي مريض يمكنه أن يتجه نحو إلقاء اللوم والذنوب على الآخر (وبالتالي على أحد الاقارب) .

ومنذ سنوات ، ولغاية اليوم ، يكتشف باحثو العلاج العائلي أنماطاً مرضية - عائلية جديدة . فإذا ما تكلم فرويد على «العصاب الفردي» ، فإن هؤلاء يتكلمون اليوم على «العصاب العائلي» . بل أن ريختر (H.Richter)[2] يتكلم على عصاب عائلي خاص بالعائلات التي تحوي مريضاً مشخصاً بين أفرادها . ويلاحظ أن أفراد هذه العائلات يعانون من عوامل ومظاهر عصابية محددة . حتى ان بعضهم يستغل الضغط الناجم عن وجود المريض ، للتخلص من ضغوطاته ، وتخفيف وطأتها عن طريق القول «انه هو

---

(١) للتعمق في هذا الموضوع انظر كتاب «العلاج النفسي العائلي» ، فصل العلاج العائلي لمريض الفصام . والكتاب هو جزء من سلسلة علم نفس الطفل الصادرة عن دار النهضة العربية عام ١٩٨٨ - المحرر .

(٢) Richter, H: Psychanalyse de la famille - Mercure de France, 1971.

المريض وليس أنا» . ويتابع ريختر ملاحظاته ، فيقول بوجود مبدأ «الأوعية الشعرية» في بعض هذه العائلات . فإذا ما تحسن المريض وخطا خطواته نحو الشفاء ، فإن أحد أفراد العائلة يسير نفس الخطوات نحو المرض . وبهذا تحافظ العائلة على توازنها المرضي . وهذه هي الحالة التي يسميها واتزلاويك[1] بالسيلان العائلي . وهو يصف «العصاب العائلي الطبائعي» فيجد أن العائلة تنمي نوعاً من السلوك الخاص بها ، المرتكز الى طريقة تفكير خاصة ، وتتجنب العالم الخارجي (الذي تعتبره مجنوناً) كي تحافظ على لحمة أفرادها والتصاقهم بها . إلا أن النظر لمثل هذه العائلة ، من موقع خارجي محايد ، يجعلنا ندرك انها تعيش سلوكاً ملتوياً وغير واقعي[2] .

ونعود الى ريختر الذي يصنف عصاب هذه العائلات في ثلاث خانات ، هي :

١ - عصاب القلق العائلي :

حيث تصنع العائلة عالماً مغلقاً خاصاً بها حتى يحول بيت العائلة الى ما يشبه المأوى أو المصح . ويصبح أعضاؤها بحاجة إلى أن يؤكدوا لأنفسهم مشاعر الامان والتوازن والصحة فقط داخل هذا البيت ، وهم ينغلقون في عالمهم ، لدرجة أن بعضهم لا يقرأ الجرائد ، أو يستمع الى نشرات الأخبار (حفاظاً على انغلاقية العائلة) . ومثل هذا الجهاز الاسري ، لا يمكنه أن يتم ما لم ينزع عن أفراد العائلة نواحي هامة من حريتهم ، ومبدأ هذه العائلة هو «كي نكون سعداء يجب أن نعيش في الخفاء» . ومثل هذا الجهاز الاسري يزداد باضطراد في المجتمعات الغربية .

٢ - عصاب العظام العائلي :

وهذه العائلة لا تهرب من الواقع والعالم الخارجي، وإنما هي تحولهم الى نوع من الاسطورة العائلية ، إذ تجد فيها أجواء مختلفة من التفاهم ، مما يحول عدائية أفرادها الى خارج نطاقها . وتتجلى هذه العدائية ، بتوجيه العائلة للاتهامات التي تدين لا أخلاقية المجتمع (الذي يمثله الآخرون) وانحسار القيم فيه . حتى اننا نصادف حالات هذاء عظامي واضحة في بعض هذه العائلات .

---

(١) Watzlawick, P: Une logique de Commmunication. Ed. Le Seuil - Paris, 1974.

(٢) وتحدث الازمة عندما يدرك أحد الافراد هذا الالتواء وهذا البعد عن الواقعية . وعندها تضطرب العلاقات داخل الاسرة وتفقد توازنها الطبائعي . إلا في حال تمكنها من السيطرة على المتمرد - المحرر .

٣ - عصاب الهيستيريا العائلي :

وفي نطاق هذه العائلة ، يلعب الأفراد أدواراً هزلية فيما بينهم ، أو أن تتحد العائلة لتلعب مجتمعة أدواراً هزلية مع العالم الخارجي . وفي هذه العائلة ، يعرب الافراد عن مواقفهم ، ويتكلمون ويعبرون عن عواطفهم من دون أن يسألوا ما إذا كانوا مسؤولين فعلاً عما يقولون أو يفعلون . وهذا النموذج العائلي ، يخلق لنفسه عالماً شبيهاً بعالم أفلام الكرتون . ويتنامى عدد هذه العائلات في الغرب ، مع تنامي حجم الطبقة الوسطى في مجتمعاته . كما يكثر هذا النموذج العائلي لدى الاسر العاملة في ميادين الفنون والراديو والتلفزيون . . . الخ .

بعد هذا التصنيف ، ننتقل الى البروفسور جان لومير[١] (J. Lemaire) ، كي يحدثنا عن مجرى عملية العلاج النفسي العائلي ، فيقول : «يبدأ العلاج أولاً بالتحري وبلقاء (أو عدة لقاءات) مع أفراد العائلة (على الاقل نواة العائلة - الاهل والابناء) . وعادة ما تتوجه العائلة للمعالج كي يحل لها مشكلة أحد أطفالها . وفي كثير من هذه الحالات ، نكتشف أن اضطراب الطفل هو على علاقة وثيقة بنوع من التواطؤ العائلي اللاواعي (يحصل بين الأهل) . واضطراب الطفل ، انما يبدأ ويظهر الى السطح ، عندما تظهر النواقص في سلوك الأهل . والمقابلات التمهيدية مع الأهل ، تتيح للمعالج تحديد منهجية العلاجية ، أهي افرادية أم عائلية؟ وقد يميل البعض الى اعتبار هذين العلاجين كمتناقضين ، ولكنهما ليسا كذلك . وانما على المعالج أن يختار الاسلوب العلاجي الاكثر ملاءمة مع معاناة العائلة ككل ، وأحد أفرادها بصورة خاصة .

وفي مقابلتنا للعائلة ، نتحرى علائم رئيسة كمثل : من يبدأ الكلام؟ ولماذا لم يبدأه غيره؟ ثم لماذا يناقش هذه الفكرة وبهذا الاسلوب؟ . . . الخ ، من العلائم التي تساعدنا في التعرف الى خصائص الجهاز الذي نقابله ، وبالتالي الى نمط العلاقة بين أفراده . وذلك بالرغم من أن هذا النمط غالباً ما يكون مخفياً ومعقداً . ولذا فإننا نكتشفه من خلال الاتصال غير الكلامي . لذا وجب علينا أن ندرس باهتمام دقائق مصادفات الحياة اليومية العادية لهذه العائلة (تناول الطعام والاحتفال بالأعياد وتقديم الهدايا و . . . الخ) ، إذ ان هذه المعطيات هي عناصر هامة لاكتشاف الجهاز العلائقي للأسرة ، بل انها واحدة من المداخل العلاجية ، التي يمكن للمعالج الولوج منها الى علاج اضطرابات العلاقة في الجهاز الاسري .

---

(١) Lemaire, J: Le Couple, sa Vie , sa mort. Ed. Payot - Paris, 1979.

فإذا ما قررنا ، بعد كل ذلك ، اعتماد «العلاج العائلي» ، عندها علينا أن نخلق م
يسمى بـ «الإطار العلاجي» : «وهذا الإطار يجب أن يؤمن لأفراد العائلة حرية التعبير ع
آرائهم - صحيحة كانت أم مخطئة - وبخاصة ، لجهة رأيه في باقي الأفراد ، وذلك بدع
من المعالج «ويؤمن المعالج هذا الدعم عن طريق إشعار الفرد ، موضوع الانتقاد ، بأنه يجد
في تصرفه نواحي ايجابية ، وأنه لا يدينه بناءً على الانتقاد ، وإنما هو يتفهم دوافعه» . وهذ
الدور الداعم يشجع افراد الأسرة على كشف النقاب عن معاناتهم لنواقص الاتصال
العائلي[1] ، بحيث نرى أن كلا منهم يبحث لدى الآخر عن دعم عميق (خاصة على
المستوى النرجسي) . حتى أن إحدى العائلات راجعتني لأنها لا تستطيع أن تؤمن مثل هذ
الدعم فيما بين أفرادها . وفي البداية يكون على المعالج أن يحول الانتقادات ويعطيه
معاني ايجابية ويترجمها الى «حاجة الناقد لدعم عميق يقدمه له موضوع الانتقاد» .
وذلك لغاية توصل افراد العائلة الى فهم هذه المواقف ، وترجمتها من دون مساعدة
المعالج[2] .

عودة الى الناحية النظرية للعلاج العائلي ، حيث يمكننا اعتماد مدارس علاجية
مختلفة ، وفي الحالات التي يتوجه فيها العلاج الى دعم الاتصال بين أفراد العائلة ، فإن
جهود المعالج تتمحور حول العمل على حل مشكلة بعينها (مثل الفشل المدرسي أو
الانهيار العابر أو اضطراب السلوك . . . الخ) ، وفي مثل هذه الحالات على «تدخل
علاجي» وليس على «العلاج النفسي» .

ومن بين طرائق العلاج العائلي المعروفة ، نركز على اثنتين منها : ١) التحليل
المنظم ، وهو مستوحى من مبادىء مدرسة «بالو آلتو»[3] . وهذا العلاج يعتمد مبدأ
«الجلسات القليلة» ، يعمل المعالج خلالها على احداث تغييرات في الجهاز الاسري من
دون أن يبحث عن شرح موجبات هذه التغييرات ، أو عن مساهمة العائلة في إحداثها .

---

(١) هناك طرق عديدة ، تختلف باختلاف المدارس العلاجية ، لاكتشاف هذه المعاناة . للتعمق في هذا الموضوع انظر الهامش
رقم (٢) وكتاب : «الاتصال الانساني وعلم النفس» ، دار النهضة العربية ، ١٩٩١ -- المحرر .

(٢) لا بد من الإشارة هنا الى أن نمط العائلة العربية يرفض تدخل الغرباء (حتى لو كانوا معالجين) الى هذه الدرجة من
العمق . حتى يمكننا القول ان العلاج العائلي في مجتمعنا هو علاج يواجه عوائق عديدة . - المحرر .

(٣) وهي مدرسة أميركية اسسها جورج باتيسون عام ١٩٥٣ في كاليفورنيا . ومن اتباعها بول واتزلاويك الذي سبق أن
عرضت كتبه في باب مكتبة المجلة في أعدادها الثالث والسابع . - المحرر .

٢) التحليل التقليدي ، الذي يتطلب وقتاً اكبر وجلسات اكثر ، لأنه يتعمق في دراسة المشاكل العائلية ، ويبحث في منابعها وأسبابها ودينامية تغييرها بمشاركة العائلة . وفي هذا العلاج ، علينا مساعدة أفراد العائلة على الإعراب عن هواياتهم . وفي فرنسا توجد مدرستان تحليليتان للعلاج العائلي التحليلي ، هما :

١ - مدرسة غرينوبل : ويمثلها اندريه ريفيو (A. Riffiot) .

٢ - مدرسة التحليل العائلي (Psy - Fam) : ويمثلها جون لومير(J. Lemaire) .

حالة عيادية :

وننقل هذه الحالة على لسان البروفسور جون لومير ، إذ يقول : راجعتني هذه العائلة من أجل إحدى بناتها التي تعاني من عصاب الفهم العقلي [١] . وكانت أختها قد عانت سابقاً من اضطرابات شبيهة ، مما نبّه الى دور إمراضي محتمل تلعبه العائلة . وفي البداية ، كانت المريضة ترفض الاعتراف بمعاناتها من أي اضطراب ، فمن جهتها ، كانت المشكلة كامنة في إقناع عائلتها بأنها سليمة ، ولا داعي للخوف عليها [٢] .

---

(١) عصاب الفهم العقلي (Anorexie Mentale) ويتبدى بخوف الفتاة ، الناتج عن السمنة ، ورفضها للطعام ، أو لجوئها الى التقيؤ كي تتخلص من تهديده لجسمها . ويرى جاك لاكان ، ان مشكلة هذه الفتاة ، لا تكمن في انها لا تأكل شيئاً ، وانما في كونها تأكل لا شيء . وفي أي حال ، فإن هذا الاضطراب ، يتبدى بالانقطاع عن الطعام ، وتوقف العادة الشهرية ، ومحدودية التطور الذهني والعناد المبالغ . وتكثر فيه احتمالات الانتحار . وفي حال إهمال علاج هذه المريضة ، فإن احتمال موتها يكون وارداً - المحرر .

(٢) يمكن الأطلاع على حالة تجسّد ذلك في فيلم Funny & Alexander حيث يعرض .

وبدأنا ، كالعادة ، بالجلسات التمهيدية (قبل أن نحدد الإطار العلاجي) .

في لحظة ما ، وبعد مداخلات المعالجين (كانت معالجة مشتركة) ، فهم أفراد العائلة ان العوارض المختلفة ، كانت وسيلة للتخلص من ضغط ، ومن عدوانية عامة . هكذا وضع الوالدان في قفص الاتهام ودافعا عن أنفسهما ، برفض الاتهام المرتكز الى تغيير الادوار . وكان والدان آخران مصابين بعوارض مختلفة ، وخصوصاً ظواهر عداونية رمزية خصوصاً . أحد الاولاد احرق المدرسة : ان هذا العمل يفسر عدوانية الوالدين اللذين لم يقبلا ابداً ان لدى بعض اولادهم ضغوطاً قوية ، وكان لهم رغبة في ان تعلو النار في المحل التجاري . كان لهذين الزوجين قليل من الاتصالات ، ربما ضغوط قوية مع الامتناع عن إظهارها ، حتى لا تتسع رقعة الخلاف بين الوالد والوالدة . ولم اتعجب ، إذا ما كبر الولد الاخير ، ان يفترق الوالدان عن بعضهما . وهما الآن يدافعان عن نفسهما كهيكل العائلة ، بما فيها ، هذا النظام العائلي ، اذ عندما رمى الزوجان الشحنة العداونية على المجموعة العائلية ظهرت هذه العوارض . وهكذا تحول كل شيء الى المريض المشار اليه .

الأول فقد اصبح فاقد الشهية ، ثم شقيقته التي لم تعد تشتغل في المدرسة ، وأخيراً الصبي الذي احرق المدرسة . ونحن هكذا امام ما يسميه ريشتر مرض العوارض العصبي العائلي ، ورويداً رويداً ، فهمت العائلة ان توزيع كبش المحرقة هو جزء من ميولها ، وانها قادرة على إيجاد عمل آخر .

وتعلمت المريضة الفاقدة الشهية ، ان تتجنب بأن تكون المشار اليها من قبل مجموع العائلة ، وان تأخذ مشاكلها بيدها . خطت خطوة افرادية ، رفضت ان تبقى هي كبش المحرقة ، وهي الآن تعالج نفسانياً وافرادياً خارج المستشفى .

هنا ، وفي كثير من الحالات ، يشتغل المعالجون اثنان أو أكثر مع بعضهما . عادة تجري المعالجة النفسانية على عشر أو عشرين جلسة ، جلسة واحدة كل خمسة عشر يوماً أو كل شهر (نادراً كل أسبوع) . هناك أحياناً بعش المشاكل فيما يخص الضمان الاجتماعي الذي لا يعترف بتحمل مصاريف متعددة (أحد أفراد العائلة يعالج افرادياً مثلاً) .

قد لا تكون حتماً ، في خلال علاج نفساني عائلي ، نتائج اعجوبية على مستوى افرادي . المهم ان تستطيع العائلة مجدداً ، ان تقدم الامان ، والمساعدة الى كل فرد من افراد العائلة . في بعض الاحيان ، يلجأ العلاج النفساني العائلي الى سحب شخص من نظام علاقاته المضطرب الذي وقع فيه . واحياناً ، بالعكس ، يقوي النظام العائلي الاستعداد الشخصي ويستمر العمل بالعلاج الشخصي .

٣ - الأهل وأثرهم في تحديد مستوى طموح الأطفال

د . جليل شكور

كثيراً ما يتردد على مسامعنا ، أن الشباب هم أمل الأمة وبناة المستقبل . هذا القول يخفي قسماً كبيراً من الحقيقة ، ويحمل مغالطة توازي هذا الإخفاء ، لأن الأهل هم الأساس في هذا البناء ، أما الأبناء فليسوا إلا وسائل وأدوات ينفذ ويتم بها بناء هذا المستقبل .

لا ننكر هنا ، ما للفرد من إمكانات ذاتية وفعلية خاصة به ، تمكنه من أداء دور فاعل في مستقبله والتأثير في عملية البناء .

لا ننكر أيضاً التأثير الذي يخضع له الفرد من عوامل أخرى ،كالعوامل الاقتصادية والجغرافية ، والمدرسية ، والاجتماعية ، والتي تساهم كلها في شخصية الطفل الذي يفعل ويتفاعل في المجتمع .

لكن ، ومن هذه العوامل كلها ، نرى أن دور العائلة يشكل العامل الأهم ، ولا سيما الأسرة ، إذ تعتبر الخلية الاجتماعية الأولى ، التي تحتضن الطفل منذ ولادته ، فيتربى في جوها ، ويتأثر بمحيطها ، فتنزرع فيه خصاله وعاداته ، وترعى ميوله ، وتنمي استعداداته . باختصار إنها حاضنة وحامية لطفولته . فالطفولة هي المرحلة الأساس في حياة الإنسان ، بقدر ما يكون هذا الأساس قوياً وسوياً ، بقدر ما يكون الإنسان الراشد فاعلاً ويتحمل مسؤولياته بثقة وجدارة .

إذاً تذكرنا ما قاله الدكتور بنجامين بلوم ، من «أن الطفل يستطيع الحصول على ٥٠٪ من ذكائه في السن الرابعة ، و٣٠ ٪ زيادة على ذلك في السن الثامنة . ويحصل

على العشرين من عمره» إذا تذكرنا هذا ، نستطيع أن ندلل على أهمية الطفولة عامة في حياة الإنسان ، والسنوات الأولى خاصة ، وكم هو كبير دور الأهل في هذه الفترة الحرجة والمصيرية في حياة الإنسان .

لهذه الأسباب ، ركزنا على دور العائلة ، وجعلناه محور هذا اللقاء ، فهو متشعب وذو وجوه متعددة تظهر من خلال :

- مستوى طموح الأبناء .
- تكوين شخصية الأبناء .
- بناء صورة الذات للأبناء .
- توجيههم الدراسي والمهني .
- التنشئة الاجتماعية .
- نقل العادات غير المستحبة ، «التدخين» مثلاً .
- تمايز الذكاء بين الذكور والاناث .

دور الأهل :

من المتفق عليه ، أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يتأثر ويؤثر اجتماعياً . يتأثر بأهله ، بمجتمعه ، بتاريخه ، وبكل ما يحيط به ليؤثر تالياً في بناء شخصية أبنائه ، ومن ثم في حياتهم ، فيرسم لهم الأطر التي يتحركون ضمنها ، ويشرع لهم الدساتير التي بها يتعودون ويسلكون . لذلك يعيش المرء حاضره انعكاساً لبعض ماضيه ، ينظر إلى مستقبله انطلاقاً من حياة معيشة مليئة بما يفرح وبما يحزن ، بما ينشط وبما يخمل . فحيال هذا يمتثل ويتماهى ، يقلد ويحاكي ، يثور ويعاكس ، يجد الحلول لمعاناته وفق ميكانزمات دفاعية ، وفق وسائل تملي عليه سلوكه ، فنراه أمام دونية تحفزه وتدفع به إلى تحقيق ذاته ، أو أمام مشكلة تحبطه وتقوض عزائمه .

من خلال هذه الرؤى ، نستطيع القول : إن الإنسان يخضع لعوامل عديدة منها : البيولوجية والنفسية ، الطبيعية والاجتماعية ، إذناً هو نتاج تخمرت فيه هذه العوامل وتفاعلت ، لتولد شخصية مميزة ، وكائناً فريداً لا شبيه ولا مثيل له ، حتى ضمن العائلة الواحدة ، أو بين الاخوة التوائم . لذا ، نرى الإنسان العبقري والموهوب والخلاق ، وكذلك الإنسان المعتوه والمعدوم والفاشل ، وما بين الاثنين من أصناف البشر والرتب .

ما يهمنا في هذا التساؤل عن الإنسان ، هل خلق لمصير محتم حدده تكوينه البيولوجي ، ولا أثر لما عدا ذلك على تنميطه وتطبيعه؟ لماذا هذا التفاوت بين البشر؟ من وراء المهندس والطبيب؟ والمدرس والمهني؟ والعامل والمزارع؟ من وراء التلميذ المشغوف بمتابعة التحصيل وإكمال الدراسة إلى نهايتها؟ وذاك التلميذ الذي لا تهمه المدرسة في شيء ، حيث يتحين الفرصة لتركها والتخلص من تبعاتها؟

وإذا شئنا أن نكون أكثر واقعية ، نترك التساؤل لأساتذة المرحلة المتوسطة أو الثانوية في مواجهة طلابهم ، أن يسألوهم عما في نفوسهم من تطلعات وآمال ، أن يسألوهم عما ينوون فعله بعد انتهائهم من هذه المرحلة الدراسية .

من المتوقع أن نسمع : أن زيداً من الناس ينوي إنهاء دراسته ، لأنه حصل على عمل مأجور يؤمن مستقبله ، وأن عمراً يطمح إلى متابعة تحصيله ويهدف إلى التخصص في مجال معين ، وإن فلاناً يريد إتمام دراسته الهادفة إلى وظيفة تكون مسعاه الأخير وهدفه الأساسي ، وأن فلاناً لا يرى مانعاً من متابعة التحصيل إلى النهاية لأن هدفه مهنة رفيعة تكسبه مركزاً منظوراً في المجتمع ، وأن أحدهم ينتظر بلوغه السن القانونية للدخول في السلك العسكري ، أو السماح له بالسفر خارجاً للكسب والعمل .

وما يثير الدهشة والعجب أن مستقبل الكثيرين منهم غامض ، لا يدرون ماذا يفعلون ، يتركون للمصادفة ، أو لما هو حاصل ، فرصة تحديد هذا المستقبل ، وتوضيح هذا الضياع .

أمام كل هذه التساؤلات ، نتساءل مجدداً أين هو موقع الأهل من هذا كله؟ وهل للأهل تأثير في طموح الأبناء ، وفي توجيههم؟ وتالياً ، هل نستطيع أن نستغل هذا التأثير إيجاباً لمصلحة الأبناء ، ولحسن توجيههم ورفع مستوى طموحاتهم ؟ .

هذا ما سنحاوله من خلال التركيز على تأثير الأهل في مستوى طموحات أبنائهم .

فالطموح نعتبره رغبة أو شعوراً يتحكم في سلوك الفرد ، ويرسم أطر حياته وكيفيتها محدداً أنماطها وشخصية صاحبها . إنه رغبة تحرك الفرد عن سابق تصور وتصميم حتى تحقيق ما ترمي إليه وتبتغي من الرضى والإشباع ، كما أننا في مستوى هذه الرغبة ودرجة النجاح فيها ، نميز الفرد عن الآخر ، وبالتالي المجتمع عن باقي المجتمعات .

لن نتكلم عن أنواع الطموح ، وعن علاقته وتضاربه بالواقع ، أو استحالة تحقيقه لأسباب شتى . ولن نتكلم عن قيمة الطموح وتطوره من مجتمع إلى آخر ، أو من زمن

إلى زمن آخر . سنترك المجال فقط لتأثير الأهل في هذا الطموح وفي مستواه .

إن مستوى الطموح لدى الطفل يتأثر إلى درجة كبيرة بالأهل ، أو بالأحرى ، بتعامل الأهل مع الأبناء وخاصة خلال فترة الطفولة . فهذا التعامل الذي نراه بسيطاً في أكثر الأحيان ، ينعكس أثراً ناشطاً على بناء الشخصية ، ثم يرتد فاعلاً على بناء المستقبل ، ويعطيه ، بعكس ما نرى ، واجب الأهمية والانتباه .

في هذا التعامل تبين لي ، من خلال بحث ميداني(*) طبق على خمسمائة وطالبين (٥٠٢) من طلاب المتوسط الرابع في ثلاث وعشرين مدرسة تكميلية موزعة على المناطق العكارية ، أن إثارة الأهل لأبنائهم منذ الصغر ، تؤثر في مستوى طموحهم عندما يشبون ،إذ أن درجات الطموح تتوزع لدى الأطفال من المستوى البسيط إلى المستوى الجيد والرفيع ، وفق ما تلقوا من إثارة محبطة أو مشجعة . أي أن إثارة الأهل لأطفالهم ، منذ الطفولة ، توجه طموحهم وتزرع فيهم ، وبحسب هذه الإثارة ، مستوى من الطموح يوازي درجة هذا الطموح من نوع هذه الإثارة واختلافها : فالإثارة المشجعة تحفز الطموح وتنشطه ، بينما الإثارة المحبطة تقوض الطموح وتخفضه ، ومن ثم ترسم نمط حياة الإنسان ومسارها في المستقبل .

يكفي الأب مثلاً ، أن يقول لولده منذ الصغر : إنه سيصبح في المستقبل طبيباً ، وأن يحبب إليه هذه المهنة عند زيارته ، مع هذا الولد ، عيادة الطبيب ، فيبين مركزه الاجتماعي ، وحاجة الناس إليه ، ويبين له أثاث مكتبه الفخم ومدخوله ، ويوضح له كل تبعات هذه المهنة أو أية مهنة تشابهها ، يكفي ذلك لترسم في مخيلة الطفل معالم الطموح ، فيسعى جاهداً لتحقيق هذا المثل الأعلى أو يقترب منه ، وبالتالي يكون قد تشكل لديه مستوى رفيع من الطموح ودرجة تؤهله لبلوغ المراتب العليا .

وبعكس ذلك ، يكفي الأب أن يقول لولده ، وهو في سن الطفولة : إنه لا ينفع للدراسة ، وإنه سيشتري له سيارة يعمل عليها ، أو من الأفضل له انتظار سن الرشد ودخول سلك الجندية ، يكفي ذلك ليدمر طموحه ويخنق طاقاته ، ويتكون لديه مستوى بسيط من الطموح يبقيه في المراتب الوسطى ، أو ما دون ذلك .

هناك حالات أخرى يؤثر فيها الأهل من دون قصد ، ومن غير دراية لما يفعلون ،

(*) جليل شكور ، تأثير الأهل في مستوى طموح الأبناء ، أطروحة دكتوراه ، جامعة القديس يوسف ، بيروت ، ١٩٨٦ .

وهي المفاضلة التي تتم استمراراً في سهرات العائلة ودواوينها مع الجيران والأصحاب ، المفاضلة بين الذين يوقفون تحصيلهم الدراسي ، والنتيجة المادية التي يوفرونها ، وبين أولئك الذين يجاهدون في تحصيلهم والنفقات التي يتكبدونها ، وهيهات أن يجدوا مكاناً لهم في سوق العمل . بتوضيح أكثر ، إنه يسمع كيف أن مجتمعه الصغير يشيد بهذا السائق ، أو ذاك المسافر ، أو ذلك النجار ، والنتيجة التي حصلوا عليها من مسكن أو سيارة أو رأس مال في البنك ، وكيف أنهم يتحسرون على ذلك الأستاذ الذي أفنى عمره في الدراسة ، ولم يحظ بمثل ما حصل عليه هؤلاء .

في هذه الحالة ، وإن لم يكن للولد شأن ، فإن الأهل يدفعونه للتفكير في مصير مجهول يحوطه الضياع والغموض ، فتساوره مشاعر القلق والحيرة ويتأثر بها سلباً تبعاً لبنيته النفسية ، ومدى استعداداته لمثل هذا النوع من الإثارات غير المباشرة .

والإشارة هنا إلى الضرر الناجم عن توجيه الأهل لأبنائهم في مجالات هم يرغبونها ، وليس للأبناء أية رغبة فيها ، وكأن الابن هكذا ، وسيلة في يد أبيه يحقق بها ما عجز هو عن تحقيقه ، أو أخفق فيه . وهذا توجيه يؤدي بالأبناء في أكثر الأحيان ، إلى الفشل ، أو في أفضل الظروف ، إلى عدم استغلال طاقاتهم وإمكاناتهم إلى أبعد حد ممكن ، وإلى خسارة للفرد تنعكس سلباً على تقدم المجتمع وتطوره .

نشير أيضاً إلى الضرر الناتج عن مطالبة الأهل لأبنائهم بالوصول إلى ما لا يستطيعون ، أو التقرب منه ، كأن يشجعونه لاحتلال المرتبة الأولى في المدرسة ، ويعاقبوه بالتأفف والضرب وحرمانه من أشياء يحبها إن أخفق ، مع علمهم المسبق بأن ذلك صعب عليه ، وشبه مستحيل لأسباب خاصة ، فيشعر عندئذ بالإحباط وتضعف ثقته بنفسه كثيراً ، وخاصة ، اذا تكرر العقاب او التشهير بنقص لديه ، ينعكس على سلوكه فيما بعد توتراً وارتباكاً وعلى شخصيته توعكاً واضطراباً .

حقيقة أخرى ينبغي أخذها ، لعل الإشارة إليها تريحنا من بعض سلبياتها ، وهي أن الاختلاف في إثارة الأهل لأبنائهم مرده إلى عوامل شتى ، أكتفي ببعضها اختصاراً ، وتمثل بعض ما تحققته ميدانياً :

- ترتيب الولد أو مركزه في الأسرة .
- تأثير المستوى الاقتصادي .

- تأثير المستوى الثقافي .

- تأثير مهنة الأب .

ترتيب الولد : أو مركزه في الأسرة :

يمثل المركز الذي يحتله الطفل في أسرته عاملاً مهماً في نوع الإثارة التي يظفر بها من ذويه . فالبكر يحظى بأكبر نسبة من تشجيع الأهل له وتحفيز طموحه ، ويليه الابن الأصغر . أما الذين يتوزعون في غير ذلك ، أي بين المنزلتين ، فهم بين الاعتدال والإحباط في إثارة الأهل لهم . فكون الطفل في المركز الأول في الأسرة ، أو الثاني ، أو الأصغر ، أو في كونه فريداً بين اخوته أو أخواته ، أو كان ميلاده بعد انتظار طويل ، كل ذلك يغير في موقف الأهل حيال الولد الجديد ، وفي تصوراتهم لمستقبله . وإن سعى الأهل جاهدين لتوحيد المعاملة ، غير أن الظروف المحيطة بكل طفل تستدعي تصرفاً متميزاً ، وتدخلاً في التوجيه مختلفاً .

يكفي أن يقارن الأهل أحد الأبناء بالآخر لإبراز الفرق أو اطراء أحدهم والتشهير بالآخر ، حتى وإن كان ذلك عن طريق المزاح أو عدم الجدية ، فيضطرب الفرد المهان وتتوتر علاقاته بأسرته واخوته ، وهذا كاف لاستثارة الطموح ، أو لتوعكه تبعاً لحدة الحالة ونوع الموقف .

باختصار ، إن مركز الطفل قد يكون ميزة للطفل ومكسباً له أو كارثة عليه ، والأمر يعود جملة إلى مستوى الوعي لدى الوالدين ، وموقفهم في ظل الجو العام للأسرة وظروفها المختلفة .

تأثير المستوى الاقتصادي :

والمستوى الاقتصادي ، في اعتبارنا ، هو من العوامل المهمة التي تساهم في توزيع الإثارة ، وفي اختلافها . فهو المحرك لمشاريع الإنسان ، تنتظم به حياته ، تتأثر نشاطاته ، وخاصة النشاطات المدرسية .

في بحث للدكتور جوزيف أنطون ، استنتج «أن النسبة العظمى للتلاميذ الكبار في السن ، توجد عند ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف ، إلى جانب نسبة قليلة للصغار

في السن . بينما العكس عند ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع ، بحيث أن صغار السن يتمحورون حول النسبة العظمى ، والكبار في السن يشكلون نسبة قليلة»[1] .

نشير هنا إلى أن الفقر لا يسبب بالتأكيد الفشل والرسوب ، إنما نعتبره من الأسباب المعيقة والمربكة لكل نشاط مدرسي ، كما أن الغنى يشكل عاملاً من العوامل المنشطة لكل تقدم ونجاح ، وبالتالي فإن مستوى الطموح يتأثر سلباً أو إيجاباً بهذا المستوى الاقتصادي تمشياً مع الواقع المعيشي ، وتحسساً مع وضع العائلة المادي .

باختصار ، إن المستوى الاقتصادي يتجلى تأثيره من خلال وضع المنزل وحالته . مساحته ، وعدد غرفه ، وموقعه ، ومحتوياته ، ومن خلال نسبة الاسكان فيه ، أي نسبة أو عدد الأشخاص في الغرفة الواحدة . وأيضاً من خلال نسبة الدخل في الأسرة . كلها عوامل ، اقتصادية لها دورها في تنويع إثارة الآباء للأبناء ، وبالتالي في اختلاف مستوى الطموح لديهم .

تأثير المستوى الثقافي للعائلة :

نرى أنه بقدر ما يكون المستوى الثقافي للأهل مرتفعاً ، أو درجة الوعي لديهم جيدة ، يستطيعون إغناء القاموس اللغوي للأبناء وتهذيبه ، وتالياً يشحذون فكر الأطفال ويزيدون في معارفهم العامة عن طريق تأمين الجو الملائم والمحفز . إذ أن العائلة المثقفة تكون دائماً مرصاداً لأبنائها ، تراقبهم وتسهر على توجيههم من دون أن تبخل عليهم بالمساعدة والتشجيع المستمر . فيعطونهم بذلك صورة الأهل المثالية قولاً وعملاً ، وينمون فيهم الرغبة الدائمة في التفوق ، لأنهم يعملون ويعرفون يقين المعرفة أن الصد والمواقف المتشددة والصارمة يعيقان كل نمو سليم وبالأخص كل عمل مدرسي ، وكل حافز للنشاط والتقدم . فالأهل في هذه الحالة يكملون نشاط المدرسة . فما يسمعه الطفل في المدرسة يرتد صداه في البيت ، ويجد امتداداً له في مناقشات العائلة ، ومن خلال تبادل الآراء والأحاديث وعرض المعلومات .

وتجدر الإشارة أيضاً ، إلى أن الجهل ، أو المستوى الثقافي المتدني ، يزيد من تأثير المستوى الاقتصادي السيىء من جهة ، ويعيق المستوى الاقتصادي الجيد ومن جهة ثانية ، في هذه الحالة نرى الأهل ، مع وجود المال الوافر يقفون مكتوفي الايدي ، ليس في

مقدورهم أن يشكلوا أي مثير أو منبه عقلي لذهن التلميذ ، ليقوي فيه ملكة الإدراك والتعليل . وإذا ما فعلوا بعض الأحيان ، فقد يأتي عملهم ناقصاً ، يرتد بالضرر على ابنهم ، وحتى على مستقبله الدراسي . فكم من الآباء الذين أفسدوا في ولدهم روح التعاون ومفهوم العمل المنتج ، بتوجيههم الخاطىء ، أو إثارتهم غير الحكيمة ، وأضاعوا بالتالي مستقبله في متاهاتهم ورغباتهم .

باختصار ، نستطيع الاستنتاج ، أن للمستوى العلمي دوراً ذا أهمية في حياة الأبناء . فالمستوى الأمي له تأثير سلبي في إثارة الأبناء ، بينما للمستوى المتعلم المتكافىء بين الأب والأم تأثير إيجابي يقوى ويتحفز بنسبة تعادل حدة المستوى العلمي ، وسمو مستواه .

تأثير مهنة الأب :

من المعروف أن المهنة تملي على صاحبها سلوكاً معيناً وتفكيراً خاصاً ، ونوعاً من الاحتكاكات اليومية التي تشكل عنده ، فيما بعد ، مجموعة من المعطيات ، وسلماً من القيم التي على اساسها يرغب ويتمنى ويطمح ، والتي تؤدي دوراً فاعلاً في عمليات التوجيه والإرشاد لأبنائه في المستقبل ، وخاصة إذا كان الطفل على احتكاك مباشر ومستمر بمهنة الأب يزيده اطلاعاً عليها ، فيرغبها أو ينفر منها تبعاً للاستعدادات المعززة بتشجيع الأهل لهذه المهنة ، أو التقليل من أهميتها وإبعاده عنها ، ويزيده أيضاً عند الاقتناع بها ، سرعة في تعلمها وسهولة في التكيف معها .

نشير هنا إلى ما كان يجري من تقليد الابن لمهنة أبيه عن طريق التوارث بالالتزام المهني . يقول أحد علماء النفس الفرنسيين ، نوربير سيلامي : «في القديم كان يتحتم على الابن أن يتابع الطريق التي سار بها أهله ، فنرى قرى كلها بناؤون وأخرى كلها جنود . ولا شك أن الطبيعة لم توحدهم في ذلك ، إنما التقليد هو الذي فعل» .

حول هذا المعنى ، يقول عالم آخر ، ليفي لوبوايه : «إننا في الحقيقة نرى وراثة مهنية إذ كل فرد يفضل مهنة شبيهة بمهنة أبيه . وبهذا كان الرابط قوياً بين المستوى الاجتماعي للأب وبين طموحات الأبناء» .

إلى ذلك يقول أحد أكبر علماء النفس في فرنسا ، موريس روكلين : «إن اختبارات عديدة أجريت ، فأظهرت أن الطموح الذي يملكه الأبناء هو نتاج مهن الآباء وتابع لها» .

ولا عجب ، أليس الآباء هم أول مثال أعلى للأبناء؟ طبيعي إذاً ، إذا هيىء للطفل

الجو المساعد والإثارة المحفزة ، أن يسلك هذا الطفل الطريق التي سلكها أبوه . أو يسلك طريقاً أخرى ويمتهن عملاً آخر أفضل ، حباً بالتعويض عن وضعية محبطة عايشها في أهله ، وأملت عليه حب الارتقاء ، تمشياً مع الدعوة الطبيعية للطموح التي تدفع الإنسان استمراراً إلى أن يسمو بطموحه ويعلي من مستواه .

مقترحات :

وصولاً إلى ما نريد ونتمنى ، إلى الطفل الصحيح البنيان ذي الطموحات الكبيرة ، لا بد من أن تتضافر الجهود وتتعاون ، انطلاقاً من الأسرة وانتهاء بالمجتمع الكبير مروراً بالمدرسة ، إذ أن لكل فرد حقوقاً على عائلته ، حيث يعيش ، ومن ثم على المدرسة حيث يتلقن أصول العلم والمعرفة ، وأخيراً على الدولة الراعية ومدبرة هذا المجتمع ، حيث يحيا عضواً فاعلاً متكاملاً وسائر أفراد المجتمع .

وما يهمنا في هذا المجال هو المسؤولية الملقاة على العائلة تجاه أبنائها .

فأول ما نتوخاه من الأهل ، هو التأكد من أن الطفل لا يبدع ولا يتحفز تفكيره أويتوثب طموحه ، إلا إذا كان سليم الجسم والنفس . عليهم أن يأخذوا بأن النمو الصحيح لا يكون إلا في إطار عائلي ثابت يعطيه القدوة والمثال ، ويحوطه بالمحبة والسلطة ، يعطيه الحرية التامة للتعبير عن مشاعره ، فيشجعون خطواته الإيجابية ، ويعززون عنده مشاعر الخلق والإبداع . عليهم أن يبعدوا كل ما يشوش جوه النفسي الهادىء والحار ، وأن يتناسوا مشاكلهم الزوجية التي تجعل حياته ومشاعره مضطربة متوترة ، عندئذ تتوحد طاقاته ويطمئن إلى وجوده .

وما يجب على الأهل معرفته هو عدم وجود كائنين في العالم يتطابقان تمام التطابق في جميع الميزات والمواصفات . فكل طفل له تفرده ونمطه الخاص . لهذا السبب ، علينا أن نحافظ على «أنا» الطفل المتميزة ، وأن نحترمها كما هي ، وهنا لباقة الأهل وحسن درايتهم في انتقاء ما هو مناسب لكل فرد من أبنائهم ، وفي توجيههم بحسب ما يتلاءم مع ميولهم ورغباتهم ، لا مع ما يتلاءم مع رغبات الأهل أو وفق إرادتهم ، لذلك فالمطلوب من الأهل ألا يروا في أبنائهم وسيلة لتحقيق ما فشلوا هم في تحقيقه ، لأن ذلك يدفعهم إلى متاهات تقضي ، أكثر الأحيان على مستقبلهم ، بعد أن تضعف شخصياتهم ، وتجعلها تابعة منعزلة بدلَ من أن تكون رائدة نشيطة . كذلك عليهم أن ينطلقوا بإثارتهم

لأبنائهم من ضمن دائرة الواقع والإمكانات مع استعلائها بمراتب تتنامى استمراراً .

والشيء المهم الذي يجب أن يعرفه الأهل ، أن المدرسة تبدأ في المنزل بإثارة نموه العقلي ، بتنشيط الفكر المنطقي والحسابي عنده عن طريق الفك والتركيب ، أو التكميل من الألعاب المناسبة ، وبإثارة طموحاته لا تكبيلها ، أو إحباطها عن طريق ما يوضع في فكره ونصب عينيه من نماذج تحفزه للامتثال لها .

بعد ذلك ، على الأهل أن يعدوا الطفل لحياة المدرسة ، ويسهلوا له عملية الانتقال من جو المنزل إلى جو المدرسة ، وأن يبعدوا عنه كل تهديد أو وعيد مستغلين المدرسة كوسيلة للقمع ، أو للعقاب على أخطائه المنزلية . ثم يتوجب عليهم تأمين الجو الدراسي الهادىء والآمن لأبنائهم ، وألا يشعروهم بأنهم غير قادرين على تلبية جميع متطلباتهم المدرسية ، وألا يتأففوا من المصاريف المدرسية ، لأن هذا يربكهم ويحبط عزيمتهم .

يبقى أيضاً شيء جدير بالأهل أن يفهموه ، لحسن مستقبل الطفل الدراسي ، هو عدم الحط من كرامة الأستاذ أمام الطفل بلفظ أو حركة ، أو إدانته والتقليل من إنتاجه ومعارفه ، لأن هذا العمل يشوش فكر التلميذ ويفقده الثقة بأستاذه ، وتالياً يساهم في تردي القيمة المثالية التي يراها فيه ، ويعقب ذلك رفض لكل المعلومات والتوجيهات الصادرة عنه .

ومن الممارسات اليومية التي على الأهل الابتعاد عنها ، ذلك التمايز في تربية الجنسين والتفاضل بين ولد وآخر ، أو بين ذكر وأنثى ، رغبة منهم في خلق باب التنافس بين الاخوة ، لأن ذلك يدمر فيهم كل محبة وتعاون ، ويشعل عندهم نار الغيرة والحسد ، ومن ثم يختل بين أيديهم كل عمل ، وخاصة العمل المدرسي .

أخيراً إذا كان بناء المستقبل هو الغاية ، فحري بنا أن نجد عائلة مرجوة ، متفهمة وواعية لمهنة التربية ، لتستطيع إيجاد البيت السعيد الذي يطبع الفرح على ثغور أطفاله ، لأن العائلة التي تعلو وجوه أطفالها البسمة ، هي العائلة المنتجة لهؤلاء الأطفال السعداء ، وعليهم تعلق الآمال الكبار ، وعن وجوههم تغيب سمات الحزن ونظرات الحيرة ، وبالتالي كان المستقبل الواعد والمشرق في انتظارهم . والعكس صحيح أيضاً ، إذ أن العائلة التي تترك طفلاً علت وجهه مسحة الحزن ، لا بد من أنها ستجني ثمار تردي هذا الطفل ، والأخص حين يشب جانحاً ، تحركه مشاعر الغبن والحرمان .

أمام هذا الواقع نشير إلى أن كل جهد اتجاه الأطفال ، أو كل رعاية حكيمة ، أو مال في سبيلهم ، يرتد على العائلة ، وتالياً على المجتمع أضعافاً مضاعفة ، حين يشبون ويستوون رجالاً ، لأنهم أمل كل شعب في غده والعدة التي بها سيبني المستقبل .

لكن السؤال الذي يطرح هو ، كيف تستطيع الوصول إلى تلك العائلة المرغوبة التي تنجب ذلك الطفل الطموح ، الواعد ببناء المستقبل المشرق؟ إنها مهمة السياسة التربوية والاجتماعية في آن ، مهمة الحكومة في استصدار القوانين والمراسيم الموجبة والمنظمة لعمليات التأهيل الاجتماعي . إنه التخطيط المتكامل الذي يعتبر أن عملية البناء تبدأ ببناء الفرد ، تبدأ من الجنين ولا تنتهي أبداً .

فإلى حين الوصول إلى تلك العائلة المؤهلة نأمل ألا يطول الانتظار .

المراجع

(١) Fitzughdadson: Tout se joue avant six ans, Belgique, Marabout, 1970, trad. française 1976. p.21 .

(٢) Joseph Antoun: Problèmes socio-éducatifs au Liban, Beyrouth, Liban, 1984, p. 178 .

(٣) Norbert Sillamy: Dictionnaire de psychologie, Paris, Bordas, 1980, p.843 .

(٤) Claude Levy-Leboyer: L'ambition professionnelle et mobilité social, Paris, PUF, 1971, p.38 .

(٥) Maurice Reuchlin: L'orientation scolaire et professionnelle, Paris, PUF, Q.S.J., 1978, p.39 .

٣ - تربية الأطفال العباقرة

د . محمد أحمد النابلسي

يشبه العلماء الدماغ البشري بمجاهل الفضاء الكوني . فهذا الدماغ الذي يحتوي مليارات الخلايا العصبية الراقية ، لا يزال يمارس دوره بمعزل عن معرفتنا لوظيفته وللطريقة التي يمارس فيها قدراته ، ولا يزال هؤلاء العلماء يكتشفون الجديد حول هذا الموضوع . وفي كل مرة يظنون أنهم توصلوا إلى حل المعضلة والتوصل الى الإجابات الشافية ، إلا أن الواقع العملي أثبت في كل مرة أن هذه المعلومات الجديدة ، حول الدماغ ، عاجزة عن الإجابة على الأسئلة المطروحة ، بل إن هذه المعلومات تدفعنا إلى طرح تساؤلات جديدة حول مواضيع كنا نجهل بأننا نجهلها . وهكذا ازدادت علامات الاستفهام المطروحة حول الأحجية الدماغية . وكل ما توصل إليه العلماء هو اكتشافهم بأنهم يجهلون أشياءَ كانوا لا يعلمون بأنهم يجهلونها . وأمام هذا الجهل اتخذ العلماء ، مواقف متناقضة يمكننا تلخيصها على النحو التالي :

١ - لامحدودية قدرة الدماغ البشري ، أو بشكل أقل تطرفاً ، المحدودية الفائقة لاستخدام هذا الدماغ .

٢ - عدم الجدوى من متابعة موضوع عمل الدماغ . وذلك انطلاقاً من فكرة أن الكومبيوتر لا يبرمج نفسه .

٣ - محاولة تبسيط المسألة عن طريق إعطاء تفسيرات تستند إلى النظريات الرياضية والفيزيائية (راجع مقال كيف يعمل الدماغ في هذا العدد) .

٤ - الدراسات الانثروبولوجية لتطور الذكاء الإنساني عبر العصور .

ومقالتنا هذه تستند على آراء العلماء من أصحاب الموقف الأخير . وكان هؤلاء قد

طرحوا نظرية مفادها أن هناك رابطاً بين حجم الدماغ من جهة ، وبين تطور الذكاء (بالتالي فعالية الدماغ) من جهة أخرى . واستدلوا على ذلك من خلال اكتشافهم لوجود فوارق ملحوظة بين حجم الدماغ من عصر الى آخر . إلا أن الدراسات الحديثة أثبتت ، أن الكثير من العباقرة المعاصرين لم يكونوا قد ملكوا أدمغة كبيرة الحجم . وبهذا تسربت الشكوك حول فرضية أهمية حجم الدماغ . حتى تمكن هؤلاء حديثاً من ملاحظة أهمية المهارات واكتسابها . ومن هنا طرحهم لفرضية يمكننا تبسيطها على النحو الآتي : «فلنقارن الدماغ بالكومبيوتر ولنقارن المهارات ببرامج الكومبيوتر . وفي هذه الحالة ، نجد أن بالإمكان تطوير الكومبيوتر عن طريق تطويرنا لبرامجه . وإن كنا سنعود لنصطدم بواقع أن لكل كومبيوتر قدراته المحدودة على استيعاب البرامج» .

انطلاقاً من هذه الفرضية ، تمكن العلماء من تفسير ظاهرة ارتفاع مستوى ذكاء الطفل الإنساني في الخمسين سنة الأخيرة ، إذ ربطوا بين هذا الارتفاع وبين تنامي مهارات الطفل ، عن طريق برامج الراديو والتلفزيون .

وهكذا أطلق العلماء الأميركيون فرضيتهم القائلة : «إننا عن طريق تنمية مهارات الطفل ، منذ ولادته ، نستطيع أن ندفع دماغه كي يعطي مردوداً أفضل» . وبمعنى آخر ، فإن هؤلاء طرحوا فرضية مفادها : «أن بإمكاننا تربية الأطفال العباقرة» .

ونحن إذ نأخذ بعين الاعتبار محدودية الذكاء الإنساني المعاصر ، فإننا نخشى أشد الخشية إساءة استخدام مثل هذه التربية . وذلك بحيث يسيطر أعضاء أمة معينة على باقي الأمم استناداً إلى التفاوت الذي يمكنه أن ينشأ عن مثل هذه التربية . ومثل هذه الإساءة في الاستخدام ستكون أسوأ من الطاقة الذرية ، من حيث الإشكاليات الأخلاقية التي تطرحها . إن مثل هذه التربية ، إذا ما وجدت ، وجب وضعها في متناول كافة الأطفال من دون تفرقة بين عرق ، أو دين ، أو دولة ، أو غير ذلك ، من أنواع التمييز .

ولكننا وقبل أن نلج باب النقاش في هذا الموضوع ، الذي هو أشبه بأفلام الخيال العلمي ، نتساءل ، هل نجحت تجارب التربية العبقرية؟ . والجواب هو : لا لغاية الآن . ومع ذلك فإن هذه التربية أعطت نتائج مهمة تشجع على متابعة الموضوع حتى نهايته .

التربية العبقرية :

منذ فترة غير قصيرة ، والأبحاث جارية لفهم الذكاء الإنساني (ومراقبة تطوره كما

سبقت الإشارة) ، ومحاولة تدعيمه وتطويره ، وذلك بدءاً بدراسات كرتشمر ، وصولاً إلى نظريات بياجيه وحتى الأبحاث الحديثة . واعتماداً على تراكم هذه الخبرات والتجارب والملاحظات نشأت محاولات ، وضع أسس التربية العبقرية . والعاملون في هذا المجال يرفضون بإصرار فكرة اعتبار الرضيع بمثابة أنبوب يتلقى الغذاء ويفرزه من دون وعي . والواقع أن هذا الموقف ، لا يقتصر على هؤلاء ، بل هو يتعداهم إلى المحللين النفسانيين ، وإلى العاملين في ميدان البسيكوسوماتيك والعديدين غيرهم . ولدى انطلاق المربين في برنامجهم للعبقرية تعرض هؤلاء للعديد من الصعوبات . وفي طليعتها عدم تكامل النمو النفسي - العصبي للرضيع . مما يستتبع معه ضعف ذاكرة الرضيع وضعف سائر قواه الإدراكية التي يمكنه أن يخصصها لعملية التعلم العبقري . ولكن الباحثين تخطوا هذه الصعوبات معتمدين مبدأ التكرار والتكثيف . وبهذه الطريقة ، توصلوا الى تحقيق إنجازات هامة في هذا المجال . فقد تمكنوا من تعليم طفل في شهره الثامن عشر ، كي يحل مسألة حسابية ، ومن ثم التكلم بلغة أجنبية ، وهو لم يتجاوز بعد السنتين من عمره . ولدى بلوغه عامه الثالث ، كان هذا الطفل قادراً على فهم مبادىء المعلوماتية .

وأعيدت هذه التجربة بنجاح على عدد من الرضع ، الأمر الذي دفع بمؤسس هذه الطريقة إلى الإعلان عن أمله في التوصل إلى تربية عباقرة متطورين ، يشكلون المخلوقات البشرية ، التي ستعيش خلال القرن المقبل .

ثغرات الطريقة الأميركية :

لقد تجنبنا الخوض في تفاصيل وتقنيات التربية العبقرية ، بالرغم من النتائج المذكورة أعلاه ، وذلك بسبب تصنيف هذه النتائج في عداد اكتساب المهارات ، وبالتالي فإن هذه التربية لا تطال الذكاء بحد ذاته . ومن هنا ، فإنه من الخطأ تسميتها بالعبقرية . ومن أهم ملاحظات الاختصاصيين حول الأطفال ، موضوع التجربة ، هي ملاحظتهم أن الذكاء الفعلي لهؤلاء الأطفال لم يسجل تحسناً ملموساً بالمقارنة مع الأطفال الذين لم يربوا على هذه الطريقة .

ولنستعرض معاً آراء الأطباء النفسيين في هؤلاء الأطفال . كان هؤلاء الأطباء يتابعون الأطفال طيلة فترة التربية . يتفق هؤلاء الأطباء على أن الأطفال الذين تربوا على هذه الطريقة ، يطرحون مشكلة تثير القلق ، إذ يظهر لديهم تناذر نفسي ، غير مألوف لدى الأطفال ، أطلق عليه اسم تناذر السوبر طفل . ويتظاهر هذا التناذر أحياناً بحالة من

الانهيار العصبي الذي يصيب الأطفال وهم في حدود السنوات الثلاث من العمر . ومن هنا قول بعض الأطباء ان هذه التربية تحول الطفل إلى قردٍ عالم. فهو يكتسب مهارات من دون أن يحقق تحسناً في الذكاء ، وذلك مع زيادة احتمالات تعرضه للاضطرابات النفسية .

ويستدل هؤلاء بحالة طفل تربى على هذه الطريقة . هذا الطفل الذي شرح تفاعله مع هذه التربية بالقول : «كنت أحفظ الكثير من المعلومات ، وأكتسب المهارات ، ولكن من دون أن أستطيع هضمها أو استيعابها» . وبمقارنة هذا الطفل مع أخ له ، تربي بالطريقة العادية ، تبين أن هذا الأخير كان يملك ذكاء علمياً أكثر من أخيه . فقد قرأ أول كتبه قبل المربى على الطريقة العبقرية بحوالى السنة ، وقس عليه بالنسبة لباقي نواحي الذكاء العملي ، حيث سجل الطفل العادي تفوقاً ملموساً على أخيه «العبقري» .

أمام هذه الثغرات والنتائج العملية ، كان لا بد لمؤسس هذه الطريقة من إعادة النظر ملياً في منطلقاته النظرية ، وفي تقنية أسلوبه . ولا تزال أبحاثه جارية على أمل التوصل لسد هذه الثغرات ، وتخطي هذه الانتقادات .

الطريقة الأوروبية :

لم يطرح الأوروبييون مسألة التربية العبقرية طرحاً واضحاً . ولكنهم تطرقوا إليها من خلال أبحاثهم حول الذكاء ، وأسسه النفسية والبيولوجية . وعليه يمكننا الكلام على اقتراحات أوروبية هادفة لتحسين مستوى الذكاء لدى الطفل . ولكن من دون أن نستطيع الكلام على طريقة أوروبية للتربية العبقرية . وفي طليعة هذه الاقتراحات نذكر :

(أ) تنمية ذكاء الجنين : تنطلق هذه النظرية من واقعة تخصص قسم كبير من اللحاء الدماغي لنرفزة الجلد . وهذا يعني وفق التطورات العلمية الحديثة ، أن للملامسة الجلدية ، وحاسة اللمس تحديداً ، حظه الأكبر في التسبب بإحداث الإفرازات الدماغية وتنشيط عمل الدماغ . والواقع أن هذا المنطلق النظري لم يعد موضعاً للجدل اليوم . ولذلك قامت على أساسه مدرسة الملامسة Haptonomie . هذا ، ويرى تابعو هذه المدرسة ، أنه من الممكن تطوير ذكاء الجنين وتنشيط دماغه عن طريق قيام الحامل بملامسة بطنها في أماكن محددة، وبحركات مدروسة. ومثل هذه الفرضية تشبه، إلى حدٍ بعيد، عمليات الوخز بالإبر أو الضغط بالأصابع . أما عن المردود العملي لهذه الطريقة ، فهو صعب التحديد .

إذ لا يمكننا الفصل بين تأثير هذه الملامسة ، وبين الظروف الأخرى المؤثرة في الذكاء على امتداد الحياة الإنسانية . ولذلك ، فإن تقييمنا لهذه الطريقة إنما يعتمد مبدأ المعاينة والمراقبة العلمية الموضوعية . وعلى هذه الأسس ، يمكننا الجزم بأهمية هذه الطريقة وفعاليتها . وجزمنا هذا يتأتى من كون الجنين يستجيب لهذه الملامسات . ومن الاستجابات التي يمكننا تسجيلها ، نذكر تغيرات في الموجات الدماغية الصادرة عن دماغ الجنين وتغيرات في نبض قلبه ، وأيضاً زيادة حركاته . وكلها دلائل على تنشيط قدرة الجنين الدماغية على التفاعل والاستجابة .

(ب) آراء بياجيه الحديثة : لسنا في مجال مناقشة نظرية بياجيه في نمو الذكاء الإنساني وفي التربية . ولكننا ، في هذه الفقرة ، نود أن نعرض ، وباختصار شديد ، لبعض الإضافات الحديثة التي أدخلها بياجيه إلى مبادئه ونظريته . ففي الأساس ارتكزت نظرية بياجيه على ملاحظة ودراسة الفكر والإدراك الإنساني ، وخاصة في مراحل الطفولة . وكان قد توصل إلى تحديد مراحل ثلاث لتطور الفكر الطفولي (الحسية - الحركية والمتماسكة والمتطورة) . وتركزت هذه النظرية على مبدأ المخططات العقلية التي تزداد تعقيداً مع ازدياد إدراك الطفل وتمرينه لإدراكاته . إلا أن الثغرة الرئيسة في هذه النظرية ، هي عدم قدرتها على التحديد الدقيق لهذه المراحل والفواصل بينها . إذ نلاحظ أن المراحل التي حددها بياجيه تتداخل فيما بينها ، وذلك بحيث يهيأ للباحث أن هنالك مراحل انتقالية عديدة لم يتطرق إليها واضع النظرية .

ورغبة منه في تعويض هذا القصور ، فقد خصص بياجيه الجزء الأخير من حياته لإرساء دعائم علم النفس الوظيفي . هذا العلم الذي ينظر الى العلاقة بين الإنسان وبين العالم الخارجي ، على أنها علاقة بيولوجية . وهو يعرف القدرة على التكيف بأنها موازنة بين القدرة على الاستيعاب وبين القدرة على تعديل المخططات العملية المحددة لردود فعل الشخص .

ولقد واجهت هذه الطريقة في البحث صعوبات جمة ، بسبب سيطرة المدرسة السلوكية في العقد الماضي . فالسلوكية تعتمد مبدأ دراسة الظواهر النفسية الخارجية والقابلة للمراقبة والملاحظة . وهي تحظر الدخول في دراسة العناصر الداخلية للفكر وتطوراته . وهكذا فإن السلوكية تعارض مبادىء بياجيه معارضة تامة ، ولكن نظرية علم النفس الوظيفي تمكنت من اختراق الحظر المفروض عليها من قبل السلوكيين . وكان

الوظيفيون قد تكلموا ، منذ السبعينات ، عن العوالم المصغرة والذكاء الاصطناعي ، مما يعد بإدخال تطورات نوعية عميقة على الذكاء البشري . فهذه النظريات تأخذ بعين الاعتبار عاملي القدرة على الاستيعاب والقدرة على تعديل المخططات العلمية (للتكيف مع الواقع) .

ونظراً للآفاق الواسعة التي تفتحها مثل هذه النظرية ، فإننا نكتفي بتسجيل بعض النقلات النوعية التي سجلتها . ونخص بالذكر ، أبحاث Seymour Papert المنشورة في كتاب يحمل عنوان «توقد الذهن» . وفيه يقترح المؤلف قياس الانعكاسات الإدراكية - الإنسانية التي أحدثها ظهور الكومبيوتر وتطور المعلوماتية . وبمعنى آخر ، فإن المؤلف يقترح تقييم أثر هذه الوسائل الجديدة للاتصال وقدرتها على تنمية الذكاء الإنساني وتطويره . فإذا كان هذا الأثر ملحوظاً أمكننا التركيز على المعلوماتية والكومبيوتر واعتمادها للمساهمة في تطوير الذكاء ، ولقد اعتمد هذا الباحث مبدأ إدخال الطفل إلى عالم المعلوماتية ، ودعوته للتعامل مع الكومبيوتر . وقد ظهرت لدى هؤلاء الأطفال القدرة على «التفكير بالفكرة» ، وذلك بدعم الكومبيوتر الذي أتاح لهؤلاء الأطفال الحصول على الإجابات التي تلزمهم (تختلف من طفل لآخر) ، كي يستوعبوا المعلومات بشكل موضوعي .

وفي النهاية ، يؤكد Papert أن تلقين الطفل للمعلوماتية (شرط تطوير اللغات المعلوماتية المعروفة) من شأنه أن يطور قدرة الطفل على التفكير ، بحيث يؤدي ذلك إلى تغييرات أساسية في وجهات نظرنا التربوية ، بل وفي مفهومنا لعلم النفس ككل .

وفي السياق النظري عينه ، أتت أبحاث Minsky ، وغيره من الباحثين ، لترسخ أهمية المعلوماتية في تطوير ذكاء الطفل . وليس أدل على اقتناع المربين بهذه النظريات من الانتشار الهائل الذي يشهده استخدام الكومبيوتر في التربية والتعليم .

(ج) النظرية النفسية - اللسانية : وتهدف هذه النظرية إلى ترسيخ وتعميق استيعاب الطفل في المرحلة ما قبل المدرسية ، أي في المرحلة التي يتعلم فيها اللغة قراءة وكتابة ، وهذه المرحلة لا تستعجل تعلم اللغة ، ولكنها تدعم استيعاب الطفل لمبادىء الزمان والمكان عن طريق اللغة ، من دون التوغل في هذا الموضوع الشائك ، الذي يلامس اللغة والفلسفة وعلم النفس والانثروبولوجيا ، فإننا نؤمن بفعالية هذه الطريقة ، ولكننا نؤكد على خاصيتها . بمعنى أن مبادىء هذه النظرية تختلف اختلافات بينة من لغة إلى أخرى .

فالمبادىء الموضوعة للطفل الأميركي هي مبادىء غير صالحة للتطبيق على الطفل الفرنسي أو العربي أو أي طفل ممن يتكلمون لغة أخرى .

وعليه ، فمن الضروري عدم الاستعجال في تطبيق مبادىء هذه المدرسة عن طريق ترجمتها إلى العربية . فهذا التطبيق في رأينا يعطي مردوداً سلبياً .

موقفنا الشخصي :

في رأينا الشخصي ، أنه لا يحق لنا الحديث عن تربية أطفال عرب عباقرة . ذلك أن الوصول للمستوى الذي يسمح لنا بإطلاق مثل هذه الطموحات هو وصول صعب ومعاق تحده الإمكانيات والظروف الاجتماعية المميزة . وعليه ، فإننا قبل مناقشة مسألة التربية العبقرية ، فإننا نرى ضرورة حل عدد من الإشكاليات الأساسية في التربية العربية . هذه الإشكاليات التي نختصرها «متساهلين» بالنقاط الآتية :

١ - تأمين سبل الوقاية للأمهات أثناء الحمل (تجنباً لولادة مشوهين) .

٢ - تأمين سياسة صحية وقائية للأطفال العرب (تغذية ، لقاح ، علاج ، . . .الخ) .

٣ - إنشاء مراكز بحث متخصصة في دراسة ومناقشة أزمات الطفل العربي .

٤ - نشر الوعي الصحي - النفسي لدى الأهل والمربين .

٥ - تأمين علاج الأطفال الذين يعانون صعوبات نفسية أو إعاقات .

٦ - إجراء دراسات إحصائية موسعة تساعدنا في تحديد جدول بالأولويات .

٧ - دراسة سبل تعميق أساليب الوقاية النفسية للطفل العربي .

تعتبر هذه الشروط أساسية ، وغير ممكنة التخطي ، كي نصل إلى بحث مسألة التربية العربية العبقرية ، إذ أنه من غير المجدي توجيه الإمكانيات للعمل على الموافقة بين الأساليب الغربية المقترحة مع البيئة واللغة العربيتين الخاصتين . فهذه الموافقة تقتضي جهوداً مكثفة من العبث بذلها قبل تأمين الخطوات الأساسية لها . فمن العبث العمل على إيجاد لغة معلوماتية خاصة بالطفل العربي ، عندما نكون واثقين أن السياسة الصحية في بلده لا تخصص له مبلغاً كافياً للتلقيح ضد أمراض الطفولة السارية . أو عندما نعلم أن هذا الطفل يعاني من سوء التغذية . . . الخ .

وهكذا فإننا ، ومع قناعتنا التامة بضرورة التلازم بين الشروط المعروضة أعلاه وبين أي بحث بشأن تطوير التربية ، نعتبر أن للتربية العبقرية في مجتمعنا خطواتها وأساليبها الخاصة . بادىء ذي بدء ، فإننا نرى أنه من العبث التعجيل في ظهور الكفاءات الإدراكية لدى الطفل . بل نرى من الأفضل أن ندعم الإدراكات الحالية للطفل ، وذلك بحيث نساعده للانتقال إلى المرحلة التطورية اللاحقة بعد استيعابه للسابقة بالطريقة المثلى . فعلى سبيل المثال ، علينا أن نشجع الرضيع على الضحك ، لترسيخ مفهوم قدرته على الاتصال بالآخرين . فإذا ما تم هذا الترسيخ باتت عملية النطق أسهل وأهدافه أوضح بالنسبة لهذا الطفل . وقس عليه ، بحيث نعمل على مراجعة جداول النمو العضوي -النفسي للطفل ومن ثم نعمل على ترسيخ مظاهرها المناسبة لعمر الطفل . بهذه الطريقة لن نتوصل إلى التعجيل في استخدام الطفل لذكائه ، ولكننا نعده لاستخدام هذا الذكاء بطريقة أفضل في المستقبل .

فلدى مقارنتنا للدماغ الإنساني مع الكومبيوتر ، فإن وجهة نظرنا الشخصية تبقى متلخصة بما يلي : «من الأفضل العمل على تطوير البرامج المتوافرة ، لأن هذا التطوير سينعكس على البرامج المستقبلية الأخرى ، وهذا الموقف هو نقيض موقف المدرسة الأميركية لتربية العباقرة التي تحاول أن تستخدم كافة البرامج ، وحتى غير الجاهزة منها للحصول على مردود سريع وفي فترة الطفولة» .

من هذا المنطلق ، فإن تصورنا لبرنامج التربية العبقرية ممكن التلخيص على النحو الآتي :

١ - تدعيم وتعميق إمكانيات الاتصال بالطفل ، سواء بالملامسة أثناء الحمل أو بالمداعبة بعد الولادة ، أو بابتكار وسائل اتصال من شأنها أن تسهل اتصال الطفل بمحيطه .

٢ - متابعة مراحل النمو العضوي - النفسي والعمل على مساعدة الطفل لاتقان المرحلة التي يبلغها بشكل طبيعي ، لأن في هذا الاتقان تعمق الطفل في البرامج العقلية الأساسية . هذا التعمق الذي لا بد له وأن يتبدى واضحاً في إمكانيات تطوير الطفل لهذه البرامج والمخططات العقلية في المراحل اللاحقة لنموه النفسي والعضوي .

٣ - إيجاد الطرق التربوية الملائمة للطفل العربي ولأجوائه . فاللغة العربية التي يحاول الرضيع العربي تعلمها ، ومن ثم قراءتها وكتابتها ، هي لغة تختلف في موسيقيتها وإيقاعاتها ودرجات صوتها عن اللغات الأخرى ، وذلك طبعاً إلى جانب الاختلافات اللسانية الأخرى . وعليه فإننا لا نستطيع قبول أو ترجمة أو نقل وسائل التربية الأخرى .

٤ - إن الفروق الحضارية والثقافية والبيئية ، هي فروقات مثبتة بالطرق العلمية ومدعمة بالدراسات المقارنة . إلا أن تحديد هذه الفروق وتكييف برامجنا التربوية وفقها ، هو تحديد يفتقر إلى الدراسات الإحصائية الموسعة .

٥ - إن الطفل هو شخصية متفردة (وإن لم يتم نضجها) وقائمة بحد ذاتها . مما يستتبع أن دراسة التربية العبقرية ، والتربية عامة ، يجب أن تكون دراسة متعددة المحاور . فهذه الدراسة لا تقتصر على اختصاصيي التربية وحدهم ، بل يشترك فيها اللسانيون وعلماء النفس ، والأطباء النفسيون ، والاثنولوجيون ، والانثروبولوجيون ، وأطباء الأطفال ، والمعلوماتيون وغيرهم . ومن البديهي القول بأن ، طاقماً من هذا النوع لا يتوافر في عالمنا العربي من أجل موضوع التربية .

٦ - نظراً للأهمية الفائقة للملامسة الجلدية ، فقد اقترحنا مشروع آلة تدليك للأطفال الحديثي الولادة . وتهدف هذه الآلة إلى ترسيخ وتعميق الارتكاسات الشرطية لدى حديثي الولادة ، مع ما في هذا التطوير من آثار فائقة على الذكاء المستقبلي للطفل .

المراجع

١ - White B. : The first three years of life.

٢ - Montago A.: La peau et le toucher, ed le seuil, Paris, 1984.

٣ - Simonnet D.: Vivent les bébés, ed le seuil, Paris, 1986.

٤ - Naboulsi, M et Parhon M: Studii asupra inteligenta infantila.univ. Craiova, 1983

٥ - Winnicot D.: De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris - Payot, 1983.

٦ - Ancar V. : Actualité en obdtrétrique et Gynécologie, ed. Medic. BUC .1984.

٧ - stern D. : Mère-Enfant-les premières relations, ed Madraga 1977.

٨ - Kreisler L. : Le bébé en bon orsre psychosmatique, In les bons enfants.

٩ - Spitz R. : De la naissance à la parole, Paris, P.U.F.m 1968.

١٠ - ذكاء الجنين ، سلسلة علم نفس الطفل ، الطبعة الثانية ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٨ .

١١ - ذكاء الرضيع ، سلسلة علم نفس الطفل ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٨ .

١٢ - ذكاء الطفل قبل المدرسي ، سلسلة علم نفس الطفل ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٨ .

١٣ - ذكاء الطفل المدرسي ، سلسلة علم نفس الطفل ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٨ .

١٤ - R. Flaske: Scientis wonder what's on a bâbys mind, New York, 1976 .

١٥ - S.Freud: Phobie chez un enfant de six ans, 1912.

١٦ - Weldman, F:l'Haptonomie, in rev. psycologie, No. 16, 1984.

١٧ - Ferenczi, S: Psychanalyse des origines de la vie sexuelle.

١٨ - Lazorthers G.: L'ouvrage des sens, ed. Flamarion, 1986.

الفصل الرابع

ثقافة الطفل

تطرح التربية مجموعة من الاهداف ، وفي مقدمتها هدف تهيئة الطفل للتكامل الفاعل في محيطه الاجتماعي . هذه التهيئة تحتاج الى ادوات توفرها اليوم وسائل الاعلام المسموعة والمرئية والمكتوبة ، التي ساهمت في زيادة ذكاء الطفل البشري خلال العقود الماضية . كما يتوقع المتخصصون زيادات جديدة لمستوى هذا الذكاء مع تقدم برامج التعليم بالحاسوب (الكومبيوتر) .

هذه الوقائع تدفعنا لطرح اشكالية هامة ومقررة تتناول مستقبل اطفالنا . فهؤلاء يحتاجون الى تربية تنسجم مع الواقع والمحيط الاجتماعي الذي نهيئهم لمعايشته . وهذه التربية تحتاج الى الادوات التي اصطلحنا على تسميتها بـ«ثقافة الطفل» .

ثقافة الطفل هذه تعني القصص الشعبي والحكايات والالعاب والبرامج التربوية والاعلامية الهادفة لتثقيف الطفل . فهل يجوز لنا ان نكتفي بترجمة هذه الادوات عن اللغات الاجنبية؟ بمعنى آخر ، هل نترك طفلنا للعبة المونوبولي ، وهو لا يعلم ماذا تعني محطة «بورصة وول ستريت»؟ واذا فعلنا ذلك ، فما هي الفائدة التربوية التي نتوقعها من هذه اللعبة المترجمة؟

ان طفلنا بحاجة الى ادواته التربوية الخاصة التي تطرح علينا مسؤولية لا تقل في اهميتها عن مسؤوليات تأمين الرعاية الصحية للطفل وحقوقه الانسانية . فانتاج هذه الادوات هو احد حقوق طفلنا التي تم تجاهلها . وإذا ما استمرينا عاجزين عن انتاج هذه الادوات ، فان ذلك يعني عجزنا عن انتاج ثقافة خاصة بنا و بأطفالنا ، مع ما يستتبع ذلك من اضمحلال تدريجي للهوية ، والعجز عن الافادة من قدرات اطفالنا ، الذين يشكلون المستقبل بالنسبة لنا .

الموضوع الاول في هذا الفصل يطرح اشكالية ثقافة الطفل من مختلف جوانبها ، ابتداء من اهداف التربية ، وعلاقتها بالثقافة ، ودور الام في تدعيم ثقافة الطفل ، واشكاليات تربية الاطفال غير العاديين في مجتمعنا ، وصولا الى مناقشة ازمة ثقافة الاطفال العرب . أما الموضوع الثاني ، فهو يتناول الخصائص المميزة للطفولة مركزاً على مسرح الاطفال ، وشروطه ومتطلباته وواقعه .

١ - ثقافة الأطفال

د . محمد أحمد النابلسي

ثقافة الطفل ، هي من المواضيع التي باتت محوراً رئيسياً من محاور اهتمام الطب النفسي ، فمسؤوليات هذا الاختصاص ، تجاوزت حدود رعاية الأطفال المتخلفين ، وعلاجهم الى مسؤولية تأمين الوقاية النفسية ، والمساهمة في التربية مساهمة يصل طموحها إلى حدود تربية أطفال عباقرة يكونون مجتمعا إنسانياً أرقى خلال العقود المقبلة . والتربية من الوجهة (الطبنفسية) ، هي فن بقدر كونها علم ، وهي عملية إنسانية ذات أهداف وأطر محددة ، ترمي الى تهيئة الانسان للحياة من خلال السيرورات التالية :

١ - تهيئته للتكامل الفاعل في الحياة الاجتماعية .

٢ - تطوير مستوى قدراته النفسية والعضوية .

٣ - نقل القيم والتقاليد من المجتمع إلى الفرد .

هذا ويقسم الطب النفسي التربية إلى الفروع التالية :

١ - التربية البدنية : وتهدف الى تأمين نمو الجسم وتنمية قدراته . . . الخ .

٢ - التربية الأخلاقية : وتشمل تربية الضمير الأخلاقي . . . الخ .

٣ - التربية الجمالية : وتهدف إلى تطوير المواهب والقيم الجمالية . . . الخ .

٤ - التربية الصحية : وتعنى بالصحة النفسية والجسدية والجنسية . . . الخ .

٥ - التربية الفكرية : ومن فروعها التربية المهنية والثقافة العامة ، وتطوير الملكات الذهنية . . . الخ .

والطب النفسي ، اذ يهتم بموضوع التربية ، فإنه يسعى إلى تحديد نقاط وجوانب مساهمته في هذا الميدان ، وأهم هذه النقاط هي التالية :

١ - بين التربية والثقافة :

يمكننا تقسيم التربية إلى نوعين : **سلبي وإيجابي** . أما التربية السلبية ، فهي كناية عن مجموعة الخطوات التربوية التي تدركها الأم بالفطرة والخبرة ، إضافة إلى المراقبة السلبية لنمو الطفل ، وملاحظة عوائق نموه النفسي والجسدي . أما التربية الايجابية فهي العمل على خلق الأجواء واتخاذ الخطوات التي يمكنها تطوير قدرات الطفل وتحسن مستوى الاتصال به . ونأتي إلى ثقافة الطفل لنقول : بأنها ذلك المخزون الفكري الذي يتمكن الطفل من تكوينه عبر اتصالاته بالعلم الخارجي ، وهي اتصالات تحددها التربية .

٢ - ثقافة الأم :

الأم هي وسيلة الطفل للاتصال بالعالم الخارجي ، وكلما كانت الأم أكثر ثقافة وإيجابية في التعامل مع طفلها ،كلما كان اتصال الطفل أفضل ، وبالتالي تكون قدرته على الاكتساب والتطور أفضل . ولعل أولى إشارات الاتصال ، التي يرسلها الطفل إلى أمه ، تعود إلى شهره الرابع في الحياة الرحم ، إذ يبدأ الجنين بالحراك بشكل عشوائي ، وتحس الأم من جهتها بهذه الحركات . بعد هذا العمر ، يبدأ الجنين بتطوير قدراته الحسية والحركية كي يهيئ نفسه للحياة خارج الرحم . فإذا ما ولد ، نجده مالكاً لمجموعة من الارتكاسات الحسية والحركية (يفضل طعم الحلو ويكره المر - يسحب رجله اذا لامسناها بدبوس - يستجيب لصوت أمه - يحاول ملامسة الأرض بقدميه إذا ما حملناه من تحت إبطه . . . الخ) .

عند هذه الحدود ، تقف ثقافة الطفل الوليد الذي يستقبل الحياة بصرخة باكية ، لا يلبث أن يطورها إلى ضحكة (تعرب عن فرحه لظهور ثدي الأم أو زجاجة الحليب) في حوالى اليوم الأربعين . ومن حينه يبدأ تعلقه بأمه واعتماده لها اعتماداً يكرسه في الشهر الثامن (برأي سبيتز) حين يضحك لرؤيتها . وتستمر هذه الاعتمادية مطلقة لغاية السن ما قبل المدرسي ، حين تنمو رغبة اللعب مع الأطفال الآخرين . ومعها يبدأ الطفل فعلياً بتكوين موقفه الخاص من الآخرين ، ونمط اتصاله معهم (سيطرة ، خضوع ، قيادة . . . الخ) . على الصعيد السلبي ، تكتفي الأم بالاستجابة لحاجات طفلها بمراقبة هذه التطورات . أما على الصعيد الايجابي ، فان الثقافة التربوية للأم يجب أن تبدأ قبل حملها

(بتهيئة الظروف المثالية للحمل) ، ثم تتحول إلى تطوير قدرتها على الاتصال بجنينها عن طريق ملامستها لبطنها ، ووفق مبادىء علم الملامسة (Haptonomie) . هذه الملامسات التي يستجيب لها الطفل بحركات جديدة تطور قدراته الحسية الحركية (يعتبرها الباحثون مساهمة في زيادة الذكاء) .

بعد ذلك تهيئ الأم نفسها للولادة وللتخلص من صورة الطفل الوهمي (الذي تتمنى انجابه) لصالح الصورة الحقيقية لوليدها . ولاحقاً تأتي ضرورة مساهمة الأم في دفع النمو النفسي - العضوي .

٣ - الأطفال غير العاديين :

ويطرح هؤلاء الأطفال إشكاليات معقدة في بلادنا وفي البلدان النامية ، وهذه الإشكاليات من شأنها أن تفضح ، وأن تبرز كافة أزمات ثقافة الأطفال في مجتمعنا . وباختصار شديد نعرض لبعض وجوه هذه الإشكاليات ، وذلك على صعيدين :

أ - **الأطفال المتفوقون** : نسمع اليوم عن الأطفال العباقرة ، الذين يتمون دراستهم الجامعية وهم بعد في عمر السنوات الخمس . كما نسمع عن مشاريع علمية لانتاج الأطفال العباقرة ، مما يدفعنا للتساؤل عن مدى قدرتنا لاكتشاف هؤلاء العباقرة بين أطفالنا؟ بل إننا نتساءل : ماذا لو ولد أحد عباقرة الإنسانية في مجتمع نام؟ هل كان هذا المجتمع قادراً على تأمين الأجواء الثقافية الملائمة لهؤلاء حتى يبدعوا؟ أم أنهم كانوا سيتحولون إلى مجرد حرفيين ناجحين؟

ب - **الأطفال المعاقون** : وفي هذا المجال ، نلاحظ مجموعة من الكوارث ، التي تبدأ من جهل الأهل وعدم اكتشافهم للحالة ، وأيضاً عدم اعترافهم بتخلف طفلهم ، مما يجعلهم يتأخرون بضع سنوات في طلب العلاج له ، مما يشكل كارثة حقيقية بالنسبة لمستقبل الطفل ، وتليها كارثة أخرى متمثلة بمؤسسات المعاقين التي تعمل من دون اختصاصيين فتساهم بذلك في تكريس إعاقة الطفل . وتتفرع هذه المشاكل لتضم في طياتها انهماك المسؤولين في تأمين اللقاح والغذاء للأطفال ، وتاليا عجزهم عن المساهمة في علاج هذه المشاكل . ويصل هذا العجز إلى حدود التساهل ، وغض النظر عن التجاوزات التي

تمارسها مؤسسات المعاقين غير المتخصصة .

٤ - **ثقافة الأطفال العرب :**

ثقافة الأطفال نصنفها على النحو الآتي :

أ - **أدب الأطفال** : القصص والحكايات والبرامج الاذاعية والتلفزيونية الموجهة للأطفال .

ب - **ألعاب الأطفال** : خاصة الألعاب الذهنية ذات الأدوات .

ج - **ثقافة الأهل** : مجموعة نشاطات تثقيف الأهل .

د - **أساليب التعليم الحديثة .**

ويضيق مجال المناقشة التفصيلية لهذه المواضيع ، ولكننا نذكر بالمناسبة الحكاية التالية : «كان هنالك قرد مقدام وشجاع ، صادف سمكة تسبح بعكس التيار ، فدبت فيه الحمية ، وعرض نفسه للخطر ، وتجشم المشقات ، كي يتدلى ويصل إلى صفحة المياه وينقذ السمكة ، ولكن السمكة لم تجد في هذا العمل بطولة بل جريمة» . في هذه الحكاية ، نجد دليلاً على حسن نية أولئك الذين يدعون إلى تطبيق الحلول الغربية لمشاكل طفلنا الثقافية ولكن دون أن يراعوا أثر اختلاف البيئات ، وانعدام المراعاة ، وهذا من شأنه أن يضر بأطفالنا بدل من أن ينفعهم . ونكتفي هنا ببعض الأمثلة على ذلك :

أ - على صعيد أدب الأطفال ، نلاحظ لجوء البعض إلى الترجمة كواحدة من الحلول السهلة وغير المكلفة ، من دون مراعاة عجز الطفل عن إدراك ما يقع خارج بيئته ، أضف إلى ذلك ، أن هذه الحلول الجاهزة تعيق الحلول الأكثر عمقاً وملاءمة لواقع أطفالنا .

ب - على صعيد ألعاب الأطفال ، نلاحظ أن ناشرين عديدين ، يترجمون الألعاب الغربية ، وينشرونها من دون مراعاة عجز أطفالنا عن فهم معنى «وول ستريت» ، أو غيرها من المصالح الأميركية التي تحويها لعبة المونوبولي . بل أن بعض الناشرين لا يتكلف عبء تحديد عمر الأطفال الذين خصصت لهم اللعب .

ج - على صعيد ثقافة الأهل ، نلاحظ تتابع صدور ترجمات التربية الحديثة على

طريقة سبوك . وذلك بعد مرور عشرين سنة على سقوط هذه النظرية في الغرب وتخليه عنها . وقس على ذلك بالنسبة لترجمات أخرى تدعونا لتربية الطفل وتثقيفه وفق أنماط البيئة الغربية ، لنعود فنطلب منه ضرورة التكيف مع ظروف بيئة مجتمعه .

د - على صعيد أساليب التعليم الحديثة ، نذكر دعوة لسانية نفسية إلى تعريف الطفل على الفاعل عن طريق التمثيل بالدمى . فإذا قلنا «الحصان يقفز السور» ، فإن علينا أن نحضر دمية لحصان وأخرى للسور ، ونري الطفل كيف يفعل الحصان فعل القفز فوق السور .

وكم هم المتحمسون لتطبيق هذه النظرية في لبنان خاصة . ولو نحن أمعنا النظر ، لوجدنا أن هذا الأسلوب غير صالح لتعليم العربية التي يرفع الفاعل فيها بالضمة وعلى متعلمها أن يكتسب الارتكاس (الرفع بالضمة) السمعي ، حتى يتعلم اللغة .

هـ - على صعيد وسائل الاتصال المتطورة ، نلاحظ هجمة مكثفة لإنقاذ طفلنا السمكة . وقد وصل هذا التكثيف حدود إقبال طفلنا على برامج الرسوم المتحركة وبرامج الكمبيوتر ، التي تتعارض غالباً مع أساليبنا التربوية ، ومع الإشكاليات التي يطرحها مجتمعنا في وجه الطفل . فهل يصر القرد على إنقاذ السمكة من الماء؟ وهل سيطول انتظار أطفالنا ، حتى ننتج لهم ثقافة مناسبة وملائمة لمستقبلهم؟

٢ - للطفولة خصائص مميزة

أ . موسى مرعب

«إن البساطة اصعب من التعمق ، إنه لمن السهل ان اكتب وان اتكلم كلاماً عميقاً ، ولكن ، من الصعب ان انتقي واتخير الاسلوب السهل الذي يشعر السامع بأنه جليس معه ولست معلماً له ، وهذه هي مشكلتي مع أدب الأطفال . . .» .

توفيق الحكيم

هكذا يلخص الحكيم اشكالية التعاطي في أدب الاطفال . ولهذه الاشكالية جذورها النفسية العميقة ، فالطفل هو ذلك الانسان الصعب المراس والارضاء . ومشكلة التعاطي معه لا تقف عند حدود صعوبة التبسيط ، بل تتعداها الى صعوبة التبسيط القادر على الاقناع . فالقوى المعرفية لدى الطفل هي قوى في طور النمو ، وهي ، وان كانت غير مكتملة حالياً ، فإنها تتفوق على قوى البالغ من حيث قابليتها للتطور . وهذا يضيف الى صعوبة المخاطبة خطورة التأثر . ومن هنا اعتبار أدب الاطفال وسيلة لايصال مختلف عناصر الثقافة الى الاطفال ، بلغة تعتمد القيم في تنمية قدراتهم المعرفية ، من ذاكرة وتفكير وفهم وتعلم وغيرها . وبمعنى آخر ، فإن لأدب الاطفال دوره التربوي الفائق الخطورة . وأي خلل في توجه هذا الادب الى الطفل هو خلل اصيل مستقر ، وليس عابراً ، لأنه يؤثر على انتباه الطفل ، وفي تربيته عامة . ويزداد هذا التأثير خطورة من خلال تطور وسائل الاتصال بالطفل (مذياع ، تلفزيون ، فيديو ، سينما . . . الخ) ، ومن خلال نقل نصوص اجنبية تحمل في طياتها قيماً متمايزة عن قيمنا . والمسألة هنا ، ليست مسألة مفاضلة ، وانما هي مسألة واجب . فنحن عندما نربي طفلنا لنطلب منه لاحقاً اعتناق قيم

بعينها ، وجب علينا ان نربيه اساساً وفق هذه القيم . وليس من العدل ان تنبني شخصية الطفل وفق مفهوم معين للقيم ، لنعود ونطلب منه تخطيط حياته ملتزماً بقيم غير تلك التي شجعناه على تبنيها والايمان بها .

١ - ماهية ادب الاطفال :

الادب هو تجسيد فني تخيلي للحياة وللفكر وللوجدان . وإذا كان الادب يستعين بالكلمة للتعبير ، فإن الفنون الاخرى تعتمد وسائل اضافية كالحركات والخطوط والالوان ، والمؤثرات . . . . والتشديد على الكلام .

وأدب الاطفال يهدف الى ربط الطفل بمختلف عناصر الثقافة المميزة لمحيطه ، وايضاً بمختلف العناصر الانسانية المشتركة بين الثقافات . وذلك كخطوة على طريق المساعدة على تطوير قدراته المعرفية (تفكير ، ذكاء تعلم ، ذاكرة . . . الخ) .

لما كان للطفولة خصائصها المميزة التي تنبع من طبيعة الطفل ، فإن على أدب الاطفال ان يراعي هذه الخصائص . وبخاصة ، فإن عليه ان يراعي واقعة كون الطفولة مرحلة نمو متميزة . وبقدر ما يتوافق هذا الادب مع هذه الخصائص ، وبقدر ما يحاكي لغة الاطفال في شكل المضمون (من اجل تعميم المعرفة) ، بقدر ما يتوافق الانتاج الادبي مع حاجات الطفل وشروطه لتقبل العمل الادبي . ومن هذه الشروط ، توافق العمل مع قدرة الاستيعاب والفهم لدى الطفل . وفي المقابل ، فإن الكاتب يستطيع ان يتحرر من الكثير من القيود والتقاليد التي يفرضها عليه ادب الراشدين . ولو نحن استعرضنا اعمال ادب الاطفال ، قبل القرن العشرين ، لرأيناها موجهة الى الراشدين . ولكن الطفل ، لم يكن يوماً بعيداً عن ادبه ، إذ كان ينال حصته منه وحاجته اليه (من اجل تطوير قدراته المعرفية) عن طريق الحكايات والروايات الشعبية والامثال والالغاز ، التي كانت الجدات ترويها لهم قبل النوم ، او في ليالي السمر . وكانت هذه الحكايات تستفز خيال الطفل ، وتثير فضوله واسئلته ، بحيث تؤدي الى حوار بينه وبين راوي الحكاية ، مما يتيح للراوي استخدام هذا الحوار لغرض التوجيه ، اضافة الى التسلية .

٢ - بين الادب والمسرح :

كانت الحكاية تثير خيال الطفل وتحرك انفعالاته ، حتى قبل بلوغه مرحلة الادراك التام للكلمات وللمفارقات . إذ ان خيال الطفل ، الذي اثارته الحكاية ، يدفعه الى اسقاط ذاته في الحكاية والتشبه بأبطالها ، وذلك في محاولة بالغة الذكاء لفهم الحكاية والتمتع بمعايشتها . وهذا الاسقاط يكون على درجات يحددها مستوى القوى المعرفية لدى الطفل .

ولما كان التقليد غريزياً لدى الاطفال ، فإن تشبههم بأبطال الحكاية لا يقف عند حدود الصورة الهوامية ، بل هو يتعداها الى محاولة تعقيل هذه الصورة خلال لعبه . وهكذا يتقمص الطفل شخصية بطله ، اثناء اللعب ، حتى يحول اللعب الى المسرحة التي تجسد شخصية الطفل النامية ، ومعها مستوى تطوره الادراكي ، واسلوبه الخاص بالمعايشة ، كما تجسد القيم والمعطيات الثقافية التي انتقلت الى الطفل كاستجابات على تساؤلاته وفضوله . وبهذا ، فإن نظرة الطفل للحياة تكتسب ابعاداً جديدة من شأنها المساهمة في تطوير ادراكه للعالم الخارجي كخطوة على طريق تمايز شخصيته .

وهكذا ، فإن ادب الاطفال (سواء الحكايات المروية أو الادب بمفهومه الراهن) يجعل الطفل اقدر على الاحساس بتمايزه وعلى موقع نفسه في الزمان والمكان . وهذا ما يدفع بالاطفال الى ادمان الحكايات ، التي يرون فيها متنفساً وتعبيراً عن رغباتهم المكبوتة ، بسبب قصورهم عن التعبير . ويصل هذا الادمان الى درجة رفض النوم دون سماع الحكاية . واحياناً يقنع الطفل بتكرار الحكاية ، لانه يدرك لها ابعاداً جديدة مع هذا التكرار .

٣ - الحكاية الشعبية :

يقول بعض الباحثين : ان الطفل هو الذي يحدد لحظة خروجه من رحم أمه . وفي هذا القول تدعيم للموقف الذي يرفض النظر الى الطفل على انه قناة هضمية تتلقى الطعام وتفرزه من دون وعي . ومن هذا المنطلق نقول : ان الاطفال هم الذين اوجدوا ادب الاطفال . ونبدأ بالحكايات الشعبية المخصصة للاطفال ، فنجد انها كانت استجابة مباشرة لمتطلبات الطفل . فهو ان لم يقبل على هذه الحكايات ، فإنها لم تكن لتؤلف اصلاً . وهكذا ، فإن حاجات الطفل الى وسائل تساعده على تطوير ادراكاته ، وعلى

تلذذه باكتشاف هذه الادراكات ، هما اللذان اخترعا ادب الاطفال . وكانت الحكاية الشعبية هي البداية . وهذه الحكايات هي اساطير الاطفال ، فكما الراشد يخترع اساطيره ، كذلك يخترع الاطفال حكايته . ومثله مثل الراشد يتدخل الطفل في تعديل اسطورته ، فالراوي يعدل حكايته بحسب ردود فعل الطفل التي تتراوح بين القبول والرفض ، والتي تحظى بدرجات متفاوتة من التفاعل والاهتمام ، والتي يطالب الطفل بتكرار بعضها رافضاً تكرار بعضها الآخر . . . الخ .

والحكاية الشعبية كانت السباقة ، لأنها تتسم بالحرية ، وبالمرونة ، وبقابلية التعديل حسب ردود فعل الطفل ، حتى تساير مزاجه ومقدراته المعرفية . وفي هذا اللون تغلب سمة البساطة التي لا تعني فقراً في المعنى ، وانما تعني بساطة الاسلوب واللغة والبناء والموضوع . ومع ذلك فإنها تحتفظ بقدرتها على استيعاب القيمة ، و«وجهة النظر» التي يود الراشد نقلها الى الطفل .

هكذا دخلت الحكاية الشعبية في التراث الانساني ، فتناقلتها الاجيال وانتشرت عبر الحضارات ، شأنها في ذلك شأن الاساطير الشعبية . ولكن هذا ، لا يعني قبولنا غير المشروط لهذه الحكايات . فالامر يقتضي المراجعة الدقيقة ، لأن بعض هذه الحكايات هو واجب الاسقاط لما يحمله من تشويه للقيم وتزييف للحقائق .

٤ - حاجات الطفل ، كمستهلك للادب :

إن الطفل هو إنسان غير مكتمل ادراك المفاهيم ، ومن هنا عجزه عن التعامل مع الادب كوسيلة لترسيخ المفاهيم . ومن هنا قولنا ، ان الطفل هو مستهلك للادب ، لان الادب يرضي له حاجاته ومتطلباته . فما هي هذه الحاجات؟

على عكس الحيوانات اللبونة ، يولد الطفل البشري ناقص النمو ، بحيث يحتاج الى عناية خاصة كي يتابع هذا النمو بصورة طبيعية . وشيئاً فشيئاً يبدأ الطفل تعرفه على العالم من خلال أمه ، حتى يصل في الشهر الخامس من عمره الى اكتشاف خطير هو اكتشافه لعضو من اعضاء جسمه . فإذا ما لمست يده القدم ، احس أن هذه القدم التي يراها هي قدمه هو وهو يلمسها . وعندها ، تصبح لعبته المفضلة ان يعبث بقدمه . ثم لا يلبث ان يكتشف اللغة ، فيصل إلى قمة سعادته عندما يدرك أن للاصوات التي يصدرها

اثرها في الآخرين ، وخاصة في أمه . وهنا تبدأ لعبته اللغوية ، فيجهد لتعلم الكلمات ، ثم يمر في فترة يحاول خلالها اختراع كلمات جديدة ، واستنباط اخرى ، والسؤال الملح عن معاني الكلمات التي يسمعها . ولكنه يعجز عن فهم الكلمة ما لم يدرك مفهومها ، فهو يدرك أولاً خوفه من الوقوع ، وبعدها يدرك مفهوم (فوق – تحت) ، ثم يستغرق سنين كاملة ليفهم هاتين الكلمتين . وقس عليه بالنسبة لاكتساب القدرة على موقع ذاته في الزمان والمكان ، هذه القدرة التي لا يتوصل إليها الطفل ، الا في السن المتراوحة بين التاسعة والحادية عشرة من سني عمره . وهذا لا يعني ان هذه القدرة تصل الى ذروتها ، بل هي تظل نسبية طيلة الحياة . فهو ، في هذا العمر يبدأ يدرك مفهوم الموت ، ولكنه يبقى طيلة حياته عاجزاً عن استيعابه كظاهرة .

لهذه الاسباب مجتمعة ، فإن الطفل لا يحتاج الى مغريات تجذبه الى العمل الادبي ، فهو ينظر الى هذا العمل على انه تمرين ذهني يستجيب لفضوله ولرغبته الغريزية والملحة للفهم ، ولتحقيق الانتصارات لقدراته المعرفية و الادراكية ، ومن هذا المنطلق نقول : ان ألعاب الاطفال ورسومهم المتحركة ومسرحياتهم وحكاياتهم تنضوي جميعها في خانة ادبهم ، وهو يقبل عليها جميعاً شرط ان تتوافق مع فضوله الذي يرتبط مباشرة بمستواه المعرفي والادراكي . ومن هنا وجوب احترام هذا المستوى . ويبقى النجاح الحقيقي لادب الاطفال متعلقاً بعوامل رئيسة ثلاثة هي :

أ – عدم تعارضه مع القيم التربوية السائدة في المجتمع ودعمه لها .

ب – قدرته على استثارة فضول الطفل واهتمامه .

ج – قدرته على الاجابة على الاشكاليات التي يطرحها الاطفال .

وهذه العوامل هي عوامل متغيرة بتغير الثقافات والاجواء التربوية – المحيطية . فهل أمّنا لطفلنا أدبه الخاص؟ .

٥ – ادب الاطفال العربي :

ترتبط العملية الابداعية ارتباطاً وثيقاً بالحالة العقلية للمبدع ، ومن هنا كان الابداع ميداناً للدراسات النفسية . ولكن علم النفس ، إذ يدرس ويراقب ويحلل العملية الابداعية ويكتشف خدعها وخفاياها ، فإنه يظل عاجزاً عن بعثها . ولكن هذا العجز يبقى نسبياً ،

إذ يسعى علماء النفس المعاصرون ، الى تثبيت مبادىء وسبل انتاج الطفل العبقري ، وذلك سواء من خلال التربية المكثفة ، او من خلال التحكم بالخصائص الوراثية . ومع ذلك ، فإن تقييم النتاج الابداعي في مجتمع ما يبقى منتمياً الى النقد المتخصص الذي بدوره لا يغفل العامل النفسي والاجتماعي . وهذا النقد يستدعي استعراضاً تاريخياً موجزاً لنشأة وتطور أدب الاطفال . ونفضل هنا استبدال كلمة ادب بكلمة ثقافة . ونوجز هذا الاستعراض بالنقاط التالية :

- يحتوي التراث العربي على بعض الاهتمام بثقافة الطفل . إذ نجد في تراثنا الشعري بعض المقاطع المخصصة للاطفال . ومنها ما هو مخصص للترنيم لتنويم الاطفال ، ومنها ما هو مخصص لترقيصهم .
- ارتبطت البدايات الحديثة لثقافة الطفل ، في العالم العربي ، بالترجمة . الا ان المترجمين كانوا مجبرين على التصرف في ترجماتهم (اي انهم كانوا يعربون ولا يترجمون) ، حتى تتلاءم القصة مع العوامل الثلاثة المشار لها في الصفحة ١٣٠ . وهكذا عرب محمد عثمان جلال حكايات لافونتين ونظمها شعراً في اواخر القرن الماضي .
- كان لأحمد شوقي تجربته في هذا المجال ، إذ عمل على محاكاة اسلوب لافونتين ، ونظم ستاً وخمسين منظومة من هذا النوع . وعلى النمط نفسه كان كتاب «آداب العرب» ، لإبراهيم العرب وفيه ٩٩ قصة شعرية .
- من بدايات توظيف ادب الاطفال للاغراض التعليمية ، نذكر مؤلفات محمد الهراوي .
- من بدايات توظيف ادب الاطفال للاغراض التربوية ، نذكر الكتب الثلاثة لحامد القصبي (١٩٢٩) . ونذكر ايضاً «تمائم التعليم والتربية» للرصافي .
- في مطلع الاربعينات بدأت قصص الاطفال النثرية بالظهور .
- في الثلاثين سنة الاخيرة ، بدأ ادب الاطفال العرب بالتمايز وبمواكبة تطور الاتصال ، حتى بات يرفد ثقافة الطفل بالاجمال . وشهدت هذه الحقبة تفرغ عدد من المبدعين للاهتمام بهذا الميدان .

٦ - الاسر العقلي :

الطفولة هي مرحلة تكوين العقل والشخصية ، وصورة الذات . ومن هنا ، فإن

الطفل يرفض كل اشارة وكل معلومة لا تتلاءم مع المستوى الذي بلغه في هذه المرحلة ، وهو يرفض غريزياً كل ما يقع خارج اطار وعيه . ومن هنا رفضه للادب المترجم ما لم يتم تعريبه وتقريبه الى فهم ، والى حقل ادراكاته . وبذلك يدافع الطفل عن سيرورة تطوره وعن نوعياته . ويصبح بذلك خارج اطار الاسر العقلي . الا ان دفاعات الطفل العربي ما لبثت ان تهاوت امام تطور وسائل الاتصال التي تابعت الطفل في بيئته ، وفي كافة مراحل تطوره ، الامر الذي اوقعه مبكراً في حبائل الاسر العقلي . وهذه مسألة بل قضية تستحق الطرح والمناقشة بين العلماء المختلفي الاختصاص (اجتماع ونفس وتربية وتاريخ . . . الخ) وبين المبدعين (كتاب وشعراء ومسرحيين . . . الخ) .

الفصل الخامس

الاضطرابات النفسية لدى الطفل

في مراجعة شاملة لتساؤلات الاهل وعرضهم لأزمات اطفالهم ، نصادف مجموعة من الاضطرابات النفسية - الطفلية التي يمكننا تسميتها بالشائعة . في طليعة هذه الاضطرابات ، تأتي مشاكل النطق لدى الاطفال التي تشكل أولى المواضيع التي يناقشها هذا الفصل ،حيث يعرض الدكتور منصور جحيلي لانواع اضطرابات النطق ، وأثرها على الاطفال اضافة للاقتراحات العلاجية لها . على ان هذه الاضطرابات الطفلية تتعقد وتزداد عندما يتعرض الطفل للضغوطات وللشدة النفسية . المؤلف يناقش هذا الموضوع متخذاً له نموذج «اطفال الحرب اللبنانية» ، عارضا لقائمة طويلة من الاضطرابات النفسية التي عاناها ويعانيها هؤلاء الاطفال .

الموضوع الثالث ، هو دراسة مقارنة بين نوعية الاضطرابات المنتشرة في مجتمع عربي (اليمن) ، وبين نوعية هذه الاضطرابات في مجتمع اوروبي (هنغاريا) . تظهر هذه الدراسة وجود فوارق نوعية اكيدة بين اضطرابات الاطفال العرب والاوروبيين .

بذلك يعرض هذا الفصل للاضطرابات التالية :

١ - اضطراب النطق لدى الاطفال

. اسباب الاضطراب
. التأتأة (اللجلجة)
. صعوبات النطق لدى الطفل المدرسي
. اضطراب الحديث
. الفحص الطبي للحالة
. حالة عيادية

٢ - اضطرابات الاطفال المتعرضين للشدة

. امراض عضوية (تسممية وجهازية وغيرها) . الاضطرابات الهيستيرية

. الاضطرابات البيئية . الاضطرابات النفسية - الطفولية

٣ - اضطرابات الطفل العربي

. التبول اللاارادي . النوبات أو السقوط

. العصبية . السرقة

. التخلف . عدم اللعب مع الآخرين

. صداع متكرر . الهروب من البيت

ا - اضطرابات النطق لدى الأطفال

د . منصور حجيلي*

أيّا كانت الأسباب فصعوبات النطق واضطراباته ، لا بد لها ان تنعكس سلباً على شخصية التلميذ . ويمكن لهذا الانعكاس ان يتظاهر من خلال الخوف من الفشل او حتى الفشل المدرسي ، والخجل والانطواء والحساسية من سخرية الآخرين وصولاً الى رفض المدرسة . ومن هنا كان تحري ردود الفعل النفسية ، الناجمة عن صعوبات النطق ، خطوة رئيسية على طريق تخليص الطفل من معاناته . وهذا الهدف يقتضي التعرف على النقاط التالية :

١ - صعوبات النطق وتصنيفها :

وتسمى هذه الصعوبات باسم «اعصبة اللفظ» (Logonevrose) وهي تقسم الى الانماط التالية[١] :

أ - النمط الارتعاشي : حيث يعيد المريض لفظ المقطع الأول مرات متتالية .

ب - النمط النبري : حيث يكون لفظ المقطع الاول مسبوقاً بجهد وتشنج ينتهيان باللفظ الانفجاري والمتعب .

ج - النمط المكبوت المعقد : حيث توجد فترة تشنجية تتخلل السؤال والجواب .

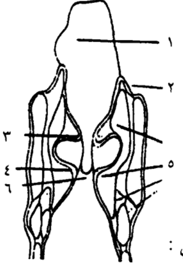
د - النمط المزيج : حيث تتمازج الانماط المذكورة اعلاه .

ولكن صعوبات النطق لا تندرج جميعها في اطار الاعصبة ، اذ يعود بعضها الى اسباب عصبية - دماغية ، ويعود بعضها الاخر الى عيب عضوي في جهاز النطق . وإذا كانت هذه الحالات خارج اطار بحثنا الحالي ، فاننا نكتفي بعرض صورة تمثل تشريحية

(*) اختصاصي في طب الاطفال .

(١) الامراض النفسية وعلاجها ، د . محمد أحمد النابلسي ، ص . ٤٣ ، منشورات م . د . ن . ١٩٨٧ .

جهاز النطق . وفي مثل هذه الحالات ، فان العلاج يكون مسؤولية اختصاصي الصوت[1] .



١ - الفلكة أو اللهاة .
٢ - الفلكة - غضروف الحنجرة .
٣ - الحبال الصوتية العليا .
٤ - الحبال الصوتية السفلى .
٥ - عضلات البلعوم .
٦ - ضم الحنجرة أو المزمار .

٢ - صعوبات النطق لدى الطفل المدرسي :

ان الفحص الطبي المدرسي ، يجب ان يتوقف عند هذه الصعوبات من دون أن يهملها ، وبخاصة ، عندما يلاحظ الأهل والمعلمون ترافقها مع بروز مظاهر نفسية يمكنها ان تؤدي الى احداث صعوبات دراسية لدى الطفل . وتجدر الاشارة الى ان اضطرابات النطق تخف بشكل ملحوظ في سن معدله ٥ - ٦ سنوات . وهي في هذه الحالة تتحول الى مزمنة . ومن هنا وجوب التركيز على تحري وجود هذه الصعوبات من قبل طبيب الاطفال الذي يعاين هؤلاء الاولاد سواء في المدرسة ام في العيادة . وفي حالات اكتشاف مثل هذه الصعوبات ، يجب على الطبيب ان يدرك امكانية تحولها الى مصدر هام من مصادر الاضطراب النفسي لدى الطفل ، وصولاً الى فشله المدرسي والى تضخم انعكاساتها النفسية من خلال سخرية الآخرين ، مما قد يفجر لدى الطفل وضعية عظامية تخلف لديه مشاعر الخجل والرغبة في العزلة ، وصعوبات التكيف مع المحيط والمدرسة . لذلك ، وجب على الطبيب ان يقوم بفحص طبي شامل لهذا الطفل ، متحرياً وضع التشخيص الدقيق للحالة . ومن ثم طلب معونة الطبيب المختص بالاصوات (اذا كان العيب في جهاز النطق) أو بالاختصاصي العصبي (إذا كان العيب عصبياً) أو بالطبيب النفسي (إذا كانت الحالة منتمية الى اعصبة النطق) .

---

(١) نقصد بهذا التعبير الطبيب الاختصاصي بجراحة الانف والاذن والحنجرة ، والذي تخصص في جراحةوعلاج جه النطق . ويسمى هذا الاختصاص بـ (Phoniatrie) .

٣ - الفحص الطبي في حالة اضطراب النطق :

يقتضي هذا الفحص اتباع الخطوات التالية :

- مراقبة الحديث : وفيها طريقة ونمط ترابط الكلام ، ثم الشكل الاجمالي للحديث واخيراً اسلوب المحادثة (سؤال - جواب) بشكل عام .

- فحص عصبي دقيق (اذ ان الاسباب العصبية ، في حال وجودها ، يمكنها ان تتظاهر على اصعدة اخرى غير جهاز النطق) .

- فحص قدرة السمع (اذ ان اضطراب السمع يمكنه ان يؤدي الى اضطراب النطق) .

- فحص جهاز النطق (الاسنان واللسان والحنجرة والشعب الهوائية . . . الخ) .

- الفحص النفسي [(١)] ، ويقسم الى :

● فحص مستوى الذكاء .

● الاجابة كتابة على بعض الاسئلة (ملاحظة الخط واخطاء الاملاء) .

● الفحص النفسي ، الحركي (رسوم هندسية ورسم الطفل او الشجرة . . . الخ) .

● التعاطف ومستوى التكيف (في العائلة والمدرسة ومع الرفاق) .

● تحري وجود مظاهر نفسية مرافقة (سلس البول ، عمه القراءة ، ذعر ليلي . . . الخ) .

٤ - الرثة أو اللثغة :

وتعني صعوبة نطق بعض الحروف ، مثل الراء والسين والقاف واللام . وفي هذا المجال يقول الجاحظ [(٢)] : « . . . فاللثغة التي تعرض للسين فتكون ثاء كقولهم لابي يكسوم ابي يكثوم . واللثغة تعرض للقاف ، فان صاحبها يجعل القاف طاء فاذا اراد ان يقول : قلت له ، قال : طلت له . . وهكذا» .

---

(١) يمكن للطبيب الاستعانة باختصاصي نفسي مدرب للقيام بهذا الفحص .

(٢) الالسنية في التراث العربي ، د . محمد قاسم ، المؤتمر الاول للثقافة النفسية ، العدد العاشر من مجلة «الثقافة النفسية» .

وفي مرحلة الطفولة الاولى ، يمكننا رد هذه اللثغة الى عدم اكتمال قدرات الطفل ، اما في حال استمرارها ، فانها تكون ناجمة عن عيب بسيط في جهاز النطق ، وغالباً ما يكون هذا العيب وراثياً .

٥ - التأتأة (اللجلجة) :

وهذه التسمية غير دقيقة فهي تعتبر ترجمة لكلمة begaimant الفرنسية . ولعل الكلمة الأصح هي اللجلجة . وفي اللغة العربية هنالك تسمية خاصة لكل نوع من انواع هذا الاضطراب . ونعود هنا للجاحظ[1] الذي يقول : « . . . اذا تتعتع اللسان في التاء فهو تمتام ، وإذا تتعتع في الفاء فهو فأفاء . . . وإذا ادخل الرجل بعض كلامه في بعض ، فهو ألفّ . ويقال في لسانه حبسة اذا كان الكلام يثقل عليه ولم يبلغ حد الفأفاء . . . » .

وهذا الاضطراب يبدو مألوفاً لدى الاطفال في سن الثالثة ، وهو يزول عادة مع تكامل جهاز النطق لديهم . ولذلك ، فاننا نعتبر اللجلجة طبيعية ما بين الثالثة والخامسة من العمر . وفي حال استمراره بعد الخامسة ، فانه غالباً ما يكون وراثياً مثله في ذلك مثل اللثغة .

اما في الحالات التي يتتعتع فيها اللسان في اي حرف تبدأ فيه الكلمة ، فان الامر هنا يتحول الى العصاب ، وتصبح الحالة مندرجة في اعصبة النطق التي تكلمنا عليها . وهذه الحالات هي من ضمن الأعصبة الحركية ، وبالتالي ، فانها ترتبط مباشرة بالحالة النفسية الانفعالية للمريض .

٦ - اضطراب الحديث :

وهذا الاضطراب لا يترافق بالضرورة مع اضطراب النطق ، ولكننا وجدنا ضرورة تناوله في سياق حديثنا على اضطرابات الكلام . واضطراب الحديث يقسم الى مجموعات ، بحيث يتفرع عن كل مجموعة عدد من انواع هذا الاضطراب . وذلك على النحو الاتي[2] :

---

(٥) الامراض النفسية واضطرابات اللغة العربية ، عكاري ونابلسي ، المؤتمر الاول للثقافة النفسية . منشور في مجلة الثقافة النفسية العدد العاشر (ص ١٢٥ - ١٣٢) .

أ - اضطراب سرعة الحديث (بطء او تسارع) .

ب - اضطراب ايقاعية الحديث (وتيرة واحدة او ترنيم الايقاعية) .

ج - اضطراب تبادل الحديث (الخرس او السيلان الكلامي) .

د - اضطراب منطق الحديث (انعدام الترابط المنطقي او اضطراب محتوى الحديث) .

ومجمل هذه الاضطرابات ، تعتبر طبيعية لدى الطفل (خلا الحالات المتطرفة حيث تبرز هذه الاضطرابات كواحد من عوارض امراض فعلية اساسية) .ويهمنا هنا ان نركز على شكل من اشكال اضطراب منطق الحديث لدى الطفل ، وهو ذلك المتميز باختراع الكلمات والالفاظ الجديدة ، او تغيير اسماء الاشخاص والاشياء ، وابدالها بأسماء اخرى معروفة او غير معروفة (Neologisme) .ولهذا الاضطراب دلالة مرضية بالغة لدى الاشخاص البالغين وبخاصة لدى المسنين . اما بالنسبة للطفل ، فإن هذا النوع من اضطراب الحديث يشكل لعبة ذكاء يحاول الطفل من خلالها ان يفرض كلمات جديدة على غرار الكلمات الجديدة التي يفرض عليه تعلمها وقبولها . وفي العادة ، نلاحظ ان هذه المحاولة الذكائية تتوقف لدى الطفل عند اكتمال تعرفه الى اسماء الاشخاص والاشياء التي تساعده على التموقع في الزمان والمكان . وتوقف الطفل عن اختراع الالفاظ يعني بداية تخليه عن تفكيره الخيالي ، ونهاية سيطرة النصف الايمن لدماغه على حساب النصف الايسر .

٧ - حالة عيادية :

طفل في المرحلة الابتدائية يعاني من صعوبة نطق من النوع المزيج . كما يعاني من المظاهر والانعكاسات التالية :

أ - لا يجيب على الأسئلة الشفهية (في حين يجيد الاجابة كتابة) .

ب - دفاتره المدرسية مليئة بالصور والرسومات والكتابات بشكل يشوه هذه الدفاتر .

ج - انخفاض الانتباه والتركيز مما يؤدي الى صعوبة الاستيعاب وبالتالي الى معاناته لصعوبات مدرسية .

د - لا يلعب مع رفاقه ويفضل الانطواء .

هـ - يحس بألم في معدته ويتقيأ ، ويرفض الاكل في المدرسة .

و - يرفض الحديث عما يفعله ، او عما يتعلمه في الصف .

ز - يعاني سلس البول على فترات متقطعة .

ح - يجاهر بكرهه للمدرسة وبعدم رغبته في الدراسة . وبعد اخضاع الطفل للفحص الطبي (وفق المنهجية المشار اليها اعلاه) وجدنا ان اجهزة النطق والسمع والاعصاب سليمة لديه . ومن هنا كان ادراجنا للحالة في نطاق الاعصبة ، خاصة ، وان هذا الطفل كان يعاني من مظاهر عصابية غير اضطراب النطق ، كمثل معاناته للخجل والميل للانطواء وغيرها .

وهذه الوضعية العصابية تلفت نظر الاهل بسبب ملاحظتهم لمظاهرها . وهم في العادة يطلبون لها علاجاً متكاملاً ، ولكنهم يبقون بعيدين عن الانتباه الى دور اعطال الاتصال في الجهاز العائلي بتسهيل الطريق امام نشوء مثل هذه المظاهر . ومن هذه الاعطال ، نذكر على سبيل المثال لا الحصر : خلافات الاهل ، واكتظاظ المنزل ، ومرض احد افراد العائلة ، والتنافس بين الاخوة ، وتوجيه الانتقادات والمقارنة مع اطفال آخرين مع اظهارهم بمظهر الاذكى ، او الاعقل ، وايضاً الكتب وقساوة التعاطي مع الطفل وغيرها من الاسباب ، التي يمكن للطفل ان يملك حساسية مفرطة امام احدها ، بحيث يؤدي واحد من هذه الاسباب الى احتمال اصابة الطفل بمجموعة متنوعة من العوامل العصابية . وهذه الوقائع تطرح العلاج النفسي العائلي[1] ، كضرورة ملحة .

٨ - العلاج :

ان التشخيص الدقيق هو الخطوة الاولى نحو الشفاء ، وكم هي الحالات التي تحولت الى الازمان ، والى التطورات الخطرة بسبب عدم دقة التشخيص . ومن هنا طرحنا للفحص الطبي كضرورة ملحة في الحالات التي يلاحظ فيها الاهل مظاهر واضحة لدى طفلهم . وفي البداية ، يحدد هذا الفحص هدفه في التفريق بين الحالات العائدة لاسباب عضوية ، وبين تلك العائدة الى أسباب نفسية ، ويلي ذلك تحديد التشخيص ، ومن ثم

(١) العلاج النفسي العائلي . سلسلة علم انفس الطفل ، د . محمد أحمد النابلسي ، دار النهضة العربية . بيروت ، ١٩٨٨ .

رسم الخطة العلاجية للحالة . وبهذا نستبعد احتمالات خضوع طفل لعلاج نفسي ، في حين انه يعاني من قصور الدرقية مثلاً . وهذا الاستبعاد يتيح لنا المعالجة المبكرة للحالة وصولاً الى الشفاء . اما عندما يتأخر هذا العلاج بسبب عدم دقة التشخيص ، ويتبعها علاج نفسي طويل ، فان الطفل يتحول عندها الى متخلف عقلي لا يمكن اصلاحه . اما عن حيثيات العلاج ، فانها تختلف باختلاف التشخيص والاسباب المؤدية للاضطراب . فإذا كان السبب عضوياً أضحى ذلك من مسؤولية طبيب الاطفال ، بالمشاركة مع الاختصاصي العصبي او الغددي ، او طبيب الاصوات . اما اذا كان التشخيص نفسياً بحتاً ، فاننا نذكر بوجوب احترام القدرات الفائقة للطفل : ومن هنا فاننا نفضل عدم اخضاع الطفل لعلاج نفسي مباشر (إلا في حالات معينة) ، وننصح باجراء هذا العلاج من خلال الاهل ، وذلك عن طريق توعيتهم وتثقيفهم ، ربما الاستعانة بمبادىء العلاج النفسي العائلي . وكذلك ، فاننا نرى في العلاج الدوائي حلا ناجحاً للعديد من هذه الحالات . فلو أخذنا مثالاً على ذلك الحالة العيادية ، المعروضة اعلاه ، لوجدنا ان الادوية ، التي نستعملها لعلاج سلس البول تكون في حد ذاتها علاجاً لاضطراب الخجل واضطراب النوم والكبت وغيرها من المظاهر التي يعاني منها هذا الطفل . مما لا شك فيه ، ان تعويد الأهل على تعديل اسلوب تعاطيهم مع الطفل ، هو من الخطوات الرئيسية ، لدعم العلاج الطبي .

٣ - اطفال الحرب اللبنانية

د . منصور حجيلي *

خيال الطفولة يتمازج مع براءتها ، ليعطينا خليطاً من التقليد والواقع المعيشي ، اللذين يعتبرهما الطفل مقياساً للسواء وللطبيعة . فهو يفتقر إلى نظرة المقارنة ، وإلى تمييز المفارقات . وهكذا ، فإن اطفال الحرب اللبنانية يعتبرون اجواءها من ضمن الحالات السوية ، وهم يقلدونها ويسعون للتكيف معها على انها الواقع السوي . ومع ذلك فإنهم لم يتخطوا مشاعر الخوف والمعاناة ، وإن كانوا يعيشونها بطيب خاطر معتقدين أن «هذه هي الحياة» .

غيرهم يجمع الطوابع والفراشات وهم ، اطفال لبنان ، يجمعون شظايا القذائف وفراغات الرصاصات . غيرهم يتعرف الى اشكال الازهار وعلى زقزقة العصافير ، وهم يتعرفون إلى نوعية السلاح من خلال سماعهم صوت طلقاته . غيرهم يرسم القمر والشمس وهم يرسمون الموت والخوف . غيرهم يلعب ببراءته ، وهم يلعبون لعبة الحرب .

هكذا تتشكل شخصياتهم التي تختزن العنف والاقتتال والقلق والكآبة والخوف والموت . في هذه الظروف نمت شخصياتهم عاجزة عن التوجه في الزمان والمكان ، اللذين تحدهما اسوار الحرب .

لذا ، كان من واجب الاختصاص مساعدة العائلة على احتواء الانعكاسات السلبية - الحربية على اطفالها .ولكن هذه الجهود ، لم تكن لتبطل مآسي الحرب التي أتت باليتم والتهجير ، وانخفاض القدرة الشرائية ، وانعدام الامن الاجتماعي ، والصحي ، علاوة على ارتفاع نسب الاصابات المرضية ، وصولاً الى انخفاض متوسط الاعمار .

(*) اختصاصي في طب الأطفال ومحاضر معروف في لبنان .

وبهذا نصل الى طرح التساؤلات ، وفي مقدمتها : «كيف انعكست هذه المعاناة الطفولية في عيادة الاطفال؟» .

في جوابنا على هذا السؤال ، نقسم هذه الانعكاسات إلى مباشرة ، وغير مباشرة ، ونبدأ بـ :

١ - الانعكاسات غير المباشرة :

ان الاسباب غير المباشرة المؤثرة في صحة الطفل اللبناني ، هي اسباب ترتبط بمجموعة من الوقائع والعوامل الناجمة عن الحرب ومنها ، نذكر :

أ - مشاكل التغذية : وتتفرع هذه المشاكل لتشمل تزايد مستوى البؤس في لبنان ، وغياب الامن الغذائي ، اضافة الى فقدان بعض السلع الاساسية في فترات محدودة مرتبطة بالوضع الامني ، او بالوضع الاقتصادي .

ولا تخفى اهمية الانعكاسات السلبية المترتبة عن مشاكل التغذية واثرها في النمو العضوي - النفسي للطفل .

ب - مشاكل بيئية : إن غياب المؤسسات استتبع معه تجاوزات بيئية عديدة ومعقدة . في مقدمتها نذكر تلوث المياه ، الذي كان يصيب الاطفال بموجات تسمم وبائية انعكست بزيادة ملحوظة في حالات الإسهال الحاد (بكتيرية ام طفيلية ام آميبية) . أضف إلى ذلك ، التلوث الصناعي ، وانشاء المعامل في وسط المناطق السكنية ، والاغذية التي انتهت مدة صلاحيتها . . . الخ .

جـ - مشاكل البنية التحتية : ان انقطاع الماء والكهرباء ، كان سبباً غير مباشر لظهور قائمة من المظاهر العيادية ، كمثل ظهور الامراض الجلدية بسبب عدم توافر المياه . ولقد عرفنا في لبنان موجات جرب واسعة بين الاطفال ، حيث يسهل انتشار المرض بين الرفاق في المدرسة ، وقس عليه بالنسبة إلى القمل والتقيح الجلدي وغيره . ولا ننسى أثر انقطاع الكهرباء في مستوى حفظ الاغذية في البرادات ، إذ يزيد تكاثر المكربنات البكتيرية في الحليب والبيض واللحوم ، بحيث تتحول هذه الأطعمة إلى مسممات .

د - مشاكل اقتصادية : كان من الطبيعي ان تنعكس الأزمة الاقتصادية على اطفالنا ، وخاصةً ، لجهة القدرة على تأمين احتياجاتهم الاساسية من غذاء

ولقاح وطبابة ودراسة . . . الخ .

هـ - مشاكل عاطفية : وتبدأ بمشاعر الخوف من اصوات القذائف ، مروراً بمعاناة الفقد واليتم والتهجير والاعاقة الجسدية ، وكلها تزيد في اعتمادية الطفل مما يؤخر نموه ونضجه على الصعيدين العقلي والجسدي .

٢ - الانعكاسات المباشرة :

وتأتي الامراض والاضطرابات العضوية والنفسية في طليعة هذه الانعكاسات ، ولكننا ، سنفرد لها فقرة خاصة لنكتفي هنا بمناقشة الانعكاسات التالية :

أ - اضطراب الجهاز العائلي : إن فقدان الاستقرار الناجم عن تهديدات الحرب ، اجبر العائلة اللبنانية على ادخال تعديلات عميقة على بنيتها الاساسية ، وعلى نظام الاتصال القائم بين أفرادها . وعديدة هي الحالات ، حيث فشلت هذه التعديلات ، وعجزت عن حل أزمات العائلة ، مما ادى إلى خطوات اكثر عمقاً . وذلك بحيث تنامت وتفاقمت مشاكل عائلية معقدة تحتاج كل منها إلى دراسة مفصلة منفصلة . ومن هذه المشاكل نذكر : تزايد حالات الهجر والطلاق والترمل ، والفقدان ، واصابة أحد أفراد العائلة بالامراض النفسية او النفسية - الجسدية بسبب الحرب والهجرة واهتزاز السلطة الابوية ، وضعف المرجعية العائلية ، وانحراف واحد أو أكثر من أفراد العائلة ، والفقر ، ومعه الاضطرار إلى تكثيف ساعات العمل . . . الخ ، من العوامل التي تحدث تغييرات جذرية في علاقة الطفل بالعائلة ومن ثم بالعلم من خلالها .

ب - اضطراب جهاز القيم : ويهمنا تحديداً انعكاس ذلك على الصعيد التربوي . فعلى الصعيد المدرسي ، أعاقت الحرب سيرورة التعليم ، وحولت مؤسساته إلى اماكن سكن للمهجرين . أما على الصعيد التربوي البحت ، فقد أدت الحرب إلى احداث تغيرات عميقة في مفاهيم الانتماء (حيث ان اطفالنا لا يعرفون من وطنهم سوى الجزء الذي يعيشون فيه) والمرجعيات الاخلاقية ، حتى تمازجت مفاهيم الخير والشر والعنف والتسامح بشكلٍ يصعب تمييزه على الطفل .

جـ - اضطراب النظرة المستقبلية : ادت الحرب إلى تركيز التفكير في المستقبل القريب واخطاره المحتملة (ومنها الموت) . مما اعاق الرؤية المستقبلية البعيدة

المدى لدى اللبناني . ذلك ان هذه الرؤية لم تعد مرتبطة بالعوامل الموضوعية ، وإنما باتت مرتبطة بظروف الحرب وتطوراتها . وانعكست هذه الوقائع على تصور الطفل لمستقبله ، فلم يعد طفلنا قادراً على التماهي بأبيه (الذي تظهره الحرب عاجزاً) ، ولا على التماهي بمثال طبيعي اعلى للأنا . بل بات هذا التماهي ينطلق من الالعاب الطفولية التي تمثل الحرب لينتهي عند التماهي بقوادها الفعليين .

٣ - امراض طفل الحرب :

«الطفولة هي العصر الذهبي للامراض النفسية - الجسدية» .

بهذا القول لـ Ajuroguera أبدأ كلامي للتذكير بواقعة تمازج العضوي بالنفسي لدى الاطفال . فنحن نقيس مدى نمو الجهاز العصبي ، والحالة العقلية لجنين من خلال جداول نمو الجهازالعصبي ، والحالة العقلية للجنين من خلال جداول النمو النفسي - الحركي . ومن هنا اعتمادنا لاعتبار الطفولة عصراً ذهبياً لاستقرار الامراض النفسية - الجسدية . والحرب تدعم بريق هذا المذهب من خلال تأثيراتها السلبية في مختلف الاصعدة المذكورة سابقاً . أما عن الانعكاسات المرضية لهذا الوضع ، فإننا نلخصها بما يلي :

أ - الامراض التسممية : وهذه الامراض مرتبطة بغياب الامن الغذائي . ومن ذيوله نذكر : فقدان الرقابة على ذبح اللحوم ، وعلى الصناعات الغذائية ، والاغذية التي انتهت مدة صلاحيتها . . . الخ . وهذه الامراض تتنوع تنوعاً كبيراً ، إذ تراوح بين حالات التسمم البسيطة (اسهال حاد وقيء . . الخ) إلى حالات التسمم الاكثر خطورة ، وصولاً إلى نقل عدوى الامراض القابلة للانتقال من طريق الغذاء ، وخاصة اللحوم ، ونذكر من هذه الامراض :

- داء الصفريات (اسكاريس) Ascariaise
- داء الشعريات Trichinosis
- دقيقة الذيل (الحرقص) Oxyuriosis
- داء الشريطيات Teniasis
- داء المكورات المشوكة Echinococus

ب - الامراض البيئية : إن انقطاع الماء والكهرباء وتراكم النفايات واعطال الصرف الصحي ، والتلوث الصناعي ، كلها عوامل ساهمت في خلق مناخ صحي سلبي ، فالاطفال هم الاكثر تأثيراً بهذا المناخ ، نظراً لعجز جهازهم المناعي وعدم اكتمال نموهم . والواقع أن الاطباء يلاقون صعوبة جمة في تصنيف الامراض والاضرار الصحية الناجمة عن التلوث البيئي . لذا سنعمد إلى تصنيفها وفق تظاهرها في عيادتنا الخاصة .فهنالك الامراض التي تشجعها الوساخة ، كمثل القمل والجرب وغيرها من الاوبئة الجلدية المتنقلة بالعدوى وهنالك الامراض التي تنتقل بشكل وبائي في ظروف التلوث البيئي . وهي التي تعرف بأمراض العالم الفقير ، كمثل داء الكلب والتيفوئيد والبارا تيفوئيد . ولقد عرف لبنان موجات هامة لهذه الامراض . وذلك طبعاً بالإضافة إلى الامراض التي يخلفها التلوث على المدى الطويل ، مثل السرطانات ، وبعض الامراض التنفسية ، والحساسية ، وغيرها من الامراض التي تثبت الملاحظة عن مساهمة التلوث فيها .

جـ - الامراض الجهازية : ونقسمها بحسب الجهاز ، ونبدأ بأمراض الجهاز الهضمي فنذكر حالات التسمم والاسهال والقيء وسوء الهضم ، وتحسس جدار المعدة والامعاء والقرحة ، حيث نذكر بتكاثر القرحة لدى الاطفال والمراهقين اللبنانين . أما على صعيد الجهاز التنفسي ، فإننا نجد ازدياداً نسبياً في امراض الحساسية ، وازدياداً كبيراً في الاضطرابات التنفسية - الفيزيولوجية التي يلعب فيها اجهاد الحرب ادواراً بارزة . وقس على ذلك بالنسبة لبقية الاجهزة ، وصولاً إلى الامراض الجلدية . حيث نلاحظ الاوبئة المذكورة سابقاً (قمل وجرب . . الخ) ، إضافة إلى ازدياد ملحوظ في إصابة الاولاد بأمراض الصدف وليخين والحكاك العصبي والتهاب الجلد العصبي .

د - الاضطرابات الوظيفية : وترتبط بالاجهزة موضوع الخلل الوظيفي ، إلا أننا نركز في هذه الفقرة على تلك الناجمة عن تهيج الجهاز العصبي اللاارادي . ومنها تسارع نبض القلب والشعور بالاختناق ، وعدم ثبات ضغط الدم ، ومشاعر الانزعاج في منطقة الصدر والصداع . ولا ننسى الاشارة إلى الانعكاسات النفسية والجسدية المحتملة لهذه الاضطرابات الوظيفية .

هـ - الاضطرابات الهيستيرية : أن الهيستيريا هي مرض قابل للانتقال من طريق العدوى بالمخالطة . ولو نحن اخذنا في الاعتبار الازدياد الكبير لردود الفعل الهيستيرية امام أزمات الحرب ، لرأينا أن هذا الازدياد ينتقل إلى الاطفال . ومن هنا دعوتنا ، إلى الزملاء المتخصصين في الطب النفسي ، إلى اجراء الدراسات حول موضوع «الهيستيريا الطفولية» . وهو موضوع خصب بحسب تجربتنا .

و - الاضطرابات النفسية الطفولية : تقدم لنا العيادة اللبنانية نماذج متنوعة من هذه الاضطرابات . وهي تقدمها بكثرة غير مألوفة في المجتمعات الاخرى . ومن هذه الاضطرابات نذكر : العصابات الحركية (حركة متكررة غير مألوفة ، واضطرابات النطق وقضم الاظافر ، ومرض جيل دو لاتوريت وغيرها) ، وسلس البول ، والانهيار الطفولي ، اضافة إلى اضطرابات الذاكرة والتركيز وعوارض القلق .

والواقع ان الحرب اللبنانية قد وضعت اطفالنا في مواجهة مبكرة مع مفهوم الموت مما غذى ورسخ المظاهر القلقية الطفولية ، وذلك وصولاً إلى تعميق بعض الاضطرابات والتسبب في ظهورها بصورة مكبرة . وفي هذا المجال تنضوي كافة الاضطرابات النفسية المألوفة لدى الاطفال . واخص بالذكر منها التجوال النومي وفرط الحركة والرهاب والذعر الليلي .

مما لا شك فيه ان الجهاز العائلي اللبناني قد ساهم مساهمة فعالة في الحد من آثار الحرب وانعكاساتها على الطفل . إلا أن هذه الحماية لم تصل إلى حدود وقاية الطفل من هذه الأزمات ، فبالاضافة إلى ما عرضناه اعلاه ، تبقى مشاكل معقدة : كمثل الجنوح والتشرد ، واصلاً معاناة الحامل التي تؤثر على الطفل وهو بعد جنين . ان الطفل اللبناني يحتاج اليوم إلى الدعم في مواجهة كامل هذه الاحتمالات وانعكاساتها الآنية والمستقبلية .

المراجع

(١) احصاءات المنظمة الدولية التي تحدد متوسط الدخل القومي اللبناني بـ ١٣٥ دولاراً سنوياً .

(٢) محمد أحمد النابلسي : سلسلة علم نفس الطفل (٧ اجزاء) . دار النهضة العربية ١٩٨٨ .

(٣) منصور حجيلي : الطالب والصعوبات الصحية والنفسية والتربوية - محاضرة في جامعة اللويزة .

(٤) منصور حجيلي : الشروط الاساسية لتحقيق نجاح دراسي - تربوي (محاضرة) .

(٥) منصور حجيلي : صعوبات اللفظ والنطقة وعلاجها (محاضرة) .

(٦) منصور حجيلي : الطفل واعاقاته النفسية (محاضرة) .

(٧) إحصاءات وزراة الصحة اللبنانية .

(٨) Marty, P: L'Ordre Psychosomatique, Payot 1981 .

٣ - الاضطرابات النفسية - الطفلية
دراسة وبائية مقارنة
بين الاطفال اليمنيين والهنغاريين

أ . د . / اكفالفي د . خالد البيض أ . د . اليزابيث موسون*

تمارس العوامل الاجتماعية والاثنية والثقافية ، دوراً فاعلاً في تحديد نوعية الضغوطات التي يتعرض لها الاشخاص ، الذين يعايشون هذه العوامل . من هنا أثر هذه العوامل في تحديدعلائم الشخصية ومسار نموها ، وأثرها أيضاً في نوعية الاضطرابات النفسية - الطفلية . والدراسة الحالية ، هي دراسة جائحية (وبائية) مقارنة ، تهدف إلى تحديد ومقارنة احتمالات الاصابة بشتى انواع الاضطرابات النفسية - الطفلية في البيئتين اليمنية والهنغارية .

والمجلة إذ تنشر هذه الدراسة ، فهي ترى فيها اضافة هامة إلى الدراسات العربية عبر الحضارية . وهي الدراسات التي نحتاجها كي نتمكن من التموقع في الزمان والمكان بالنسبة للآخر . وهذا التموقع هو الخطوة الرئيسة نحو ادراكنا لخصائص عيادتنا وحاجاتها الفعلية .

لقد توصلت هذه الدراسة فعلياً إلى تحديد فوارق عديدة ونوعية بين معاناة الاضطرابات النفسية الطفلية في كل من اليمن وهنغاريا . وبهذا التحديد يكون الطبيب النفسي اليمني خالد البيض (اختصاص عالي في طب الاطفال النفسي) قد نجح في تحقيق خطوة هامة على طريق ارساء عيادة نفسية - عربية للاطفال .

* Agfalvi R. MD. PH. D. Natinal Institute of Child Health Budupest, Hungary.

** Al - Beedh K. M. D. Department of Medical Psychology and Psychiatry Medical Faculty of Aden University Aden, Republic of Yemen.

*** Moussong - Kovacs E. M. D. PH. D. Dept. of Psychiatry and Clin. Psychology Postgraduate Med. University Budapest, Hungary.

ملخص :

جرت مراقبة الظواهر الوبائية لدى اطفال يمنيين وهنغاريين ، في دراسة شملت ٧٣٩ طفلاً يمنياً و١٥٣ طفلاً هنغارياً ، تترواح اعمارهم بين السادسة والخامسة عشرة ، وهذه الاضطرابات الطفلية ، تعكس تأثيرات التراث والقيم السائدة والممارسات الاجتماعية ومستوى العناية الصحية . وعن طريق اعتمادنا لاساليب الكشف ذاتها «مؤلفة من استقصاء ذي عشرة بنود» ، اظهرت الدراسة ان التبول اللاارادي (سلس البول) ، والقلق والتخلف ، هي من الاضطرابات الاكثر شيوعاً بين الاطفال اليمنيين ، بينما كانت عوارض القلق والصراع واضطرابات النطق ، اكثر شيوعاً بين الاطفال الهنغاريين .

المقدمة :

لقد مرت كل من اليمن في الشرق الاوسط ، وهنغاريا في اوروبا الوسطى ، في السنوات الأخيرة بظروف تغير سياسي واجتماعي هائل ، وشهدتا عملية اعادة بناء وتغير ضخم في اسلوب الحياة . وقد نتج عن هذه التغيرات ، ظروف شديدة ، كان لها آثار مرضية قصوى في غياب آليات الحماية والشبكات الاجتماعية ، التي كانت تنتجها في الماضي طبيعة الحياة العائلية والاجتماعية . وكان الاطفال هم الأكثر تأثراً ومعاناة في هذه الظروف[١] . وهناك فروق شاسعة بين البلدين ، إن من حيث الموقع الجغرافي ، أو مستوى التطور . ولا تزال اليمن تحسب من بين الدول الاقل تطوراً ، وفيها نسبة عالية من وفيات الأطفال تحت سن الخامسة (تفوق ١٤٠) . بينما تحسب هنغاريا من الدول المتطورة ، وفيها نسبة منخفضة من وفيات الاطفال تحت سن الخامسة (دون ٢٠) ، وهكذا فإن الخلفية الاجتماعية الديموغرافية في البلدين مختلفة تماماً ، انظر الجدول صفحة (١٥٣) .

إن العوامل الحضارية تحدد اللغة التي يتم بواسطتها التعبير عن البؤس . كما أن المشاكل السلوكية والعاطفية في الطفولة تعكس تأثيرات التراث والقيم السائدة والممارسات الاجتماعية .

إن دراسة مثل هذه الاختلافات ، قد تكون ذات نفع ، بوصفها معلومات عن مشاكل الطفولة ، وقد تقدم اقتراحات حول اساليب العلاج النفسي لمشاكل الاطفال المتأثرة بالعوامل عبر الحضارية .

إن الابحـاث حـول علم النفس المرضي للاطفـال ، لطالما اعـاقـهـا انعـدام التناسق والانتظام في عـمليات التقـويم المتبـعة في الدراسـات المختلفة . وتنوي هذه الدراسة تركيز الضـوء على بعض الجوانـب الوبائية ونمط التوزع في الاضـطرابات النفـسية ، عند الاطفـال اليمنيين ، في مدينة عدن ، في الجمهورية اليمنية . ثم يجري اختبار مجموعة من الاطفال الهنغـاريين في بودابست ، باستعـمـال وسيلة الكشف ذاتهـا ، وهي عـبـارة عن استـمـارة استقـصـائية خـاصـة بالاطفال مؤلفة من عشـرة بنود مستعـملة ومقتـرحة من قـبل منظمـة الصحة العالمية ، وهذا بهدف اجراء مقارنة عبر قومية .

المادة والمناهج :

تـم تطبيق عمـلية استعانية من مرحلتين في مسـح الاطفال اليـمنيين . في البداية ، استعـمل اسلوب استعـاني شرائحي عشـوائي نتج عنه اختبار ٧٣٩ طفـلاً ، بين ٦ و ١٥ سنة من ٣٧٢ منزلاً من المناطق الرئيسـية الثلاث في المدينة يمثلون قطاعـات مـختلفة من السكان . وهذا العدد من الاطفال يمثل نسبة معدلهـا ١ ٪ من الاطفال ، الذين هم في هذا السن في المدينة . وكان فريق الباحثين يتـألف من طلاب في كلية الطب في السنة الخامسة مدربين لاستعمال وسـائل البحث والكشف . وقد استعملنا الاستمارة الاستقصائية المشار اليهـا آنفاً كوسيلة كشف وبحث . وهذا ابتكار مهـم توصي به ، وتستعـمله منظمة الصحـة العالمية ، في دراساتها الهادفة لنشر الرعاية الصحية العقلية ولتطوير طرائق البحث . وفي مثل هـذه الاستمـارات الاستقصـائية القصيرة تكون مستويات الدقة والتعيين والحساسية عالية .

كـان الشـخص البـالغ المصـاحب للطفـل يُسأل بداية من قـبل البـاحث حـول بعض المعلومات الاجتـمـاعية الديموغرافية ، ثم يطلب منه بعد ذلك الاجابة بـ«نعم» أو «لا» على عشرة أسئلة محددة تُتلى عليه بصوت عال . وكانت الأسئلة تدور حـول قضايا اضطراب النطق ، واضطراب النوم ، وحدوث نوبات ، او حـصـول سقـوط ، وتكرار حصول الاصابة بالصداع والهـرب من البيت أو السرقة والقلق والعصبية ، والتخلف في النمو أو التعلم ، وما إذا كان الطفل يلعب مع اطفال آخرين ، وما إذا كان يوسخ أو يبلل نفسه .

وإذا ما ظهـر لدى أي طفل ما يدل على وجود اضـطرابات نفسـية ، كان هذا الطفل يؤخذ إلى العيادة النفسية في المستشفى ، لإجراء تقويم نفسي مفصل يتألف من دراسة تاريخه النفسي وحالته العقلية والجسمية . وكان التشخيص يتم بحسب تصنيف ICD-9 .

وكانت مجموعة الاطفال الهنغاريين تتألف من ١٥٣ طفلاً بين ٧ و ١٥ سنة . وكانوا اطفالاً طبيعيين من مدينة بودابست ، يحضرون بزيارات منتظمة إلى العيادة الخارجية التابعة لمعهد صحة الطفل . وكانت تجري متابعتهم منذ الولادة بدراسة طولانية لتعيين القياسات الانثروبوميترية . وقد قام بالكشف الاطباء الذين كانوا يجرون الدراسة .

النتائج والمناقشة :

ويتبيّن بنتيجة هذه الدراسة الاجتماعية في عدن . في اليمن ، أن هناك ٩ , ٣٠٪ من الاطفال بين ٦ و١٥ سنة يعانون من نوع من الاضطراب النفسي . وكانت النسبة اعلى عند الصبيان (٦ , ٣٣٪) منها عند البنات (٦ , ٢٧٪) . وكانت اكثر الاضطرابات شيوعاً التبول اللاارادي والعصبية والقلق والتخلف .

ومن بين الاطفال الهنغاريين الـ ١٥٣ بين ٧ و ١٥ سنة الذين تمت معاينتهم في العيادة الخارجية التابعة لمعهد صحة الطفل في بودابست ، كانت نسبة الذين يعانون من اضطراب نفسي تبلغ ٥ , ٥٧٪ . ولم تكن هناك فروق هامة بين الصبيان والبنات . ويظهر الجدول رقم ٢ (الصفحة ١٥٣) نسبة انتشار بعض انواع الاضطرابات النفسية بين الاطفال في كلا البلدين .

ومن الجدير بالملاحظة ، ان التبول اللاارادي كان الاضطراب الاكثر شيوعاً بين الاطفال اليمنيين ، بينما كان واحداً من اقل المشاكل شيوعاً بين الاطفال الهنغاريين . وقد وجدنا امراً جديراً بالملاحظة ، هو أن التبول اللاارادي يتفشى في العائلات الكبيرة . وكانت نسبة ٥ , ٧٢٪ من الاطفال الذين يعانون من التبول اللاارادي يعيشون في عائلات يفوق عددها سبعة أشخاص يسكنون في منزل واحد . وكانت نسبة ٤٧٪ منهم يعيشون في عائلات ، يسكن اكثر من ٣ أشخاص منهم في غرفة واحدة . وقد لاحظ آخرون مثل هذا الامر في البلدان النامية. إن مناطق المدن في البلدان النامية تعاني من الازدحام وظروف السكن غير المناسبة ، حيث يضطر اكثر من طفل للنوم في سرير واحد ، بغض النظر عن جنس الاطفال في بعض الاحيان .

جدول رقم (١)

الخلفية الاجتماعية الديموغرافية للدراسة		
	اليمن	هنغاريا
عدد السكان (بالملايين)	١١,٧	١٠,٦
عدد السكان تحت ١٦ سنة (بالملايين)	٦,١	٢,٣
نسبة النمو السنوية لسكان المدن	٧,١	١,٢
المقدرة على القراءة والكتابة عند البالغين	٤٧٪للذكور ٢١٪أناث	١٠٠٪
نسبة الوفيات تحت سن الخامسة	١٨٧	١٦

الجدول (٢)

النسب المئوية للاجابات الايجابية على كل بند من بنود الاستمارة لكل الحالات .

	اليمن	هنغاريا
١ - اضطراب النطق	٥,١	١٩,٦
٢ - اضطراب النوم	٥,١	٨,٥
٣ - النوبات أو السقوط	٣,٥	٣,٩
٤ - صداع متكرر	٥	٢١,٦
٥ - الهرب من البيت	٠,٠	٣,٩
٦ - السرقة	١,٦	٥,٢
٧ - العصبية	٩,٣	٢٥,٥
٨ - التخلف	٦,٩	١١,١
٩ - عدم اللعب مع اطفال آخرين	٠,٨	٢,٠
١٠ - التبول اللاارادي	١٥,٩	٢,٦

إن الفقر والامراض وسوء التغذية تتسبب في اليمن بموت ما يقارب ١٠٠ ألف طفل كل سنة . كما ان نقص التغذية والامراض المتكررة لدى الاطفال اليمنيين ، تترك الكثير منهم عاجزين غير قادرين على لعب دور ناشط في النمو والتطور . وبالرغم من أن العناية الصحية هي أفضل في مدينة عدن ، منها في الأرياف ، فإن التخلف لا يزال في المرتبة الثالثة بين المشاكل النفسية .

وينتشر الصداع المتكرر بين الاطفال الهنغاريين ، انظر الجدول (٣صفحة ١٥٥) . إن الصداع هو نوع من الاضطراب الشديد الذي يمكن أن نجد علاقة بينه وبين الحياة الحديثة . وتشير دراسات أجريت في البلدان المتطورة إلى وجود نسب أعلى للاصابة بالصداع بين الاطفال فيها من اطفال الدول النامية . ويعتبر رتر ومشاركوه ان بيئة المدينة والضجيج والازمات الثقافية والعدوانية المكبوتة كلها عوامل تؤدي إلى هذا العارض .

إن الاختلافات الموجودة بين الشعبين ، والتي تظهرها الدراسات ، قد تقدم بعض الدعم للفكرة القائلة : ان القيم التراثية الخاصة بكل شعب ، وطرائق التربية المستعملة قد تعيق ظهور بعض انواع مشاكل الاطفال ، بينما تقوي البعض الآخر . وتشيع بين الاطفال اليمنيين أكثر من الهنغاريين انماط السلوك المكبوت والمضبوط بشدة . وهذا يشير ، إلى احتمال اكبر في ان يتحول التعبيرعن البؤس لديهم إلى الداخل ، ويأخذ شكل اضطراب جسدي أكثر منه نفسي .

إن فقدان الوعي لدى الجمهور في اليمن بجدية الاضطراب النفسي لدى الاطفال يظهر في احصاءات المستشفى ، حيث يطلب الناس المساعدة في معالجة الاضطرابات العقلية والنفسية . أما اضطراب العادات مثل التبول اللاارادي ، فنادراً ما يحسبها الناس مشاكل نفسية بحاجة الى العلاج .

وكما تظهر معطياتنا ، فإن الاضطرابات النفسية تصيب طفلاً واحداً من أصل ثلاثة على الاقل ، وهكذا فإن تكررها وخطورتها وعواقبها الاجتماعية والاقتصادية ، تفرض ايلاءها اهمية خاصة في تخطيط الخدمات الصحية .

اعتراف بفضل :

يشكر المؤلفون الاستاذ الدكتور ديزو شولر ، وموظفي المعهد الوطني للعناية بالطفل في بودابست الذين شاركوا في هذا العمل . كما نود أن نشكر أيضاً الاستاذ الدكتور جانوس فوريدي وموظفي قسم علم النفس العيادي ، والطب النفسي في المؤسسة الوطنية للامراض العصبية والنفسية في بودابست . ولولا المساعدة التي قدمها هؤلاء لما كان بالإمكان اتمام هذا العمل .

الجدول (٣)

بنود الاستمارة الاستقصائية بحسب القوة التمييزية

هنغاريا	اليمن
العصبية	التبول اللاارادي
صداع متكرر	العصبية
اضطراب النطق	التخلف
التخلف	اضطراب النوم
اضطراب النوم	اضطراب النطق
السرقة	صداع متكرر
الهرب من البيت	النوبات أو السقوط
النوبات أو السقوط	السرقة
التبول اللاارادي	عدم اللعب مع أطفال آخرين
عدم اللعب مع أطفال آخرين .	الهرب من البيت

المراجع :

REFERENCES

1 - Rutter M. Resilience in the face of adversity, Protective factors and resistances to Psychiatric disorders. Brit J Psychiatry 1985, 146, 598 - 611 .

2 - UNICEF: The state of the world's children 1992 .

3 - Wig N.: Anthropology and mental health - a view from the 3 rd world. A paper presented at the WPA, Regional Symposium, on 21 st August 1986 at Copenhagen.

4 - Sartorius N. et al: The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care II: The development of vew research methods. Am J Psychaitr 140: 11, November 1983, 1474 .

5 - Giel R. et al: Childhood mental disorders in primary health Care: Results of observation in 4 - developing countries, pucdiatrics 68: 677 - 683, 1981 .

6 - Verghese A. et al: Psychiatric disturbance in children An epidemiological study. India J Med Res 62, 1 October 1974, 1538 - 1542 .

7 - Muller H: UNICEF In Yemen, problems of children., May 1991.

8 - Weiz J. et al: Epidemiology of behavioral and emotional problems among Thai and American children: Parent of ages 6 - 11. J Amer Acad Child Adol Psychiatry, 1982, 26, 6: 890 .

9 - Rutter M: The city and the chils. Am J Orthopsychiatry, 1981. 51, 610 - 625 .

10 - Min of Public Health, PDRY: Statistics report. 1989.

الفصل السادس

طب الاطفال العقلي

طب الاطفال العقلي هو احد الاختصاصات الوليدة المتفرعة عن الطب العقلي . ولهذا الفرع الوليد نفس تيارات الفرع الاساسي ، من تحليلي وصيدلاني وبيولوجي . . . الخ . من وجهات النظر العلاجية التي يعرضها هذا الفصل الاصعب والاكثر اختصاصا في هذا الكتاب ، إذ يحتوي على المواضيع التالية :

١ – من هيستيريا الأطفال : عن طريق عرضه لحالات عيادية لبعض الاولاد ، يعمد الاختصاصي الفرنس بنهامون إلى مناقشة تنتمي إلى التحليل النفسي . شارحا في هذه المناقشة هيكلية الهيستيريا الطفولية وعلاجها .

٢ – علاج المظاهر الذهانية المبكرة : مقال اختصاصي فرنسي آخر يمكننا طرحه بأسلوب آخر : كيف نكتشف هذه الظواهر المبكرة؟ اذ يتأخر غالبا اكتشاف هذه الظواهر في مجتمعنا مما يجعل من العبث مناقشة اساليب علاجها . وهذا الموضوع يهم الاهل واطباء الاطفال بصورة خاصة . فهو يساعدهم على اكتشاف هذه الظواهر وطلب العلاج المبكر لها .

٣ – اثار الانطوائية لدى البالغين : مقال مترجم من اعمال المؤتمر الفرنسي للطب النفسي العصبي ، وفيها متابعة لتطورات حالة الانطوائية ، ومراحل علاجها ، والآثار المتبقية منها لدى مرضى بالغين .

٤ – الطب النفسي للاطفال : مقتطفات من اعمال المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي .

٥ – العلاج النفسي الدوائي للاطفال والمراهقين : مجموعة اقتراحات علاجية – دوائية لبعض الاضطرابات النفسية الطفلية والمراهقية . وكانت هذه

الاقتراحات قد عرضت أيضاً في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي .

هذا الفصل يهم الاختصاصيين بصورة عامة ، كما يهم الاهل الذين يعاني طفلهم من احد الاضطرابات المعروضة في هذا الفصل .

ا - من هيستيريا الاطفال*

ترجمة: د. فواز اديب

د. بنهامون، هـ   De L'Hysterie infantile - Dr. Benhamon, H.

من خلال ممارستي كطبيب نفسي متعاون مع الاختصاصات الاخرى ، بصفة معالج نفسي ، وكمسؤول في مستوصف وحدة العناية الفائقة في المساء (فرع طب الاطفال) ، اتيح لي التقاء العديد من الاطفال والمراهقين الذين يستخدمون اجسادهم للتعبير عن آلامهم النفسية والعلائقية . واحياناً يستعمل تعبير «هيستيريا الاقلاب» لوصف هذا النوع من التظاهر الجسدي . مما يدفع للتساؤل عن مفاهيم كل من الهيستيريا والاقلاب وعن العلاقة الممكنة بينهما لدى الطفل والمراهق . وبما أن هذه التجسيدات هي متعددة الاشكال ، فان تحديد الهيستيريا غير ممكن باعتماد المعايير الطبية (فهذه المعايير تفشل في تفسير اسباب تجسيد ذات المعاناة النفسية بالصداع لدى احدهم ، وبآلام المعدة لدى الآخر) .

من الناحية التاريخية بقيت هيستيريا الاطفال مجهولة لزمن طويل . ويعود هذا الجهل إلى النظرة الاسطورية للطفل ، على أنه البريء واللاجنسي الذي كان مجال الاسقاطات الاصلاحية للبالغين . غير أن مؤرخين (من القرن السادس عشر) يذكرون اوبئة على شكل موجات من التشنجات والعواء والمواء (مظاهرات هيستيرية) في تجمعات الاطفال . وفي عام ١٦١٧ نشر الطبيب الفرنسي كارولوس لوبوا (Carolus Lepois) أول حالات منفردة لهيستيريا الاطفال .

لن نركز على التاريخ ، ولن نسرد أيّة قائمة متجهمة للاعراض ، ذلك ان هيستيريا الاقلاب قادرةٌ على أي تظاهر .

---

* De L'Hysterie infantile - L'Information Psychiatrique numero special 62, P. P. 287 - 294 .

ان دراسة ست وثلاثين حالة ، ومقارنتها بالادب (الطب نفسي) ، قد مكنتني من استخلاص بعض الملاحظات التي سأوردها من خلال نشرات سريرية قصيرة .

لماذا تشترك ، حسب لوبوفيتش Lebovici ، هيستيريا الاطفال مع نموذج هيستيريا الاطفال المنظم ، في تخوم مرحلة الركود؟

من المؤكد ان الهيستيريا تستوجب التعبير الجسدي للصراعات ، لكنَّ أيَّ طفل يستخدم جسده وسيلةً اساسية للاتصال مع المحيط ، فهو لا يملك اللغة اللفظية الكافية للاستمار المضاد للهيجان الذي يتعارض مع التنظيم الذهني للعلاقة بالموضوع . ثم تأتي مرحلة الركود ، بعد المرحلة القضيبية ، مصحوبةً بانحدار مركب أوديب ، أو بالاحرى بسحب المحتوى الجنسي منه . فصراعات التماهي تبدو واضحةً في تلك المرحلة من الحياة .

سأتبع بكل رضى ما تقول ج . كوسنيه J. Cosnier في الصراع الكبير بين التماهي النرجسي القضيبي ، والتماهي الذي سمته بالهيستيري . فالتماهي النرجسي القضيبي ، يعود إلى محاولات الخروج من القصور الطفولي ، بالبحث عن التماهي مع القوة المتمثلة بالقضيب ، فتتجمع نرجسية الأنا على هذا الاخير .

أما التماهي الهيستيري ، فيعود إلى الرغبة الجنسية التناسلية بين الابوين ، وبالنسبة للطفل تعود رغبته إلى أحد الابوين مثلما يرغب احدهما في الآخر .

ان هذا النوع من التماهي ، محددٌ بهذا الشكل ، هو ضروري لحسن النمو النفسي للطفل .

بالتأكيد هو أحد الاسباب التي قادت غوتون Gutton لاعتبار الآلية الاوديبية بناءً هيستيرياً ، أو كما ينعتها لوبوفتشي بالهيستيريا الفيزيولوجية .

إن عدة ملاحظات لاطفال يظهرون اعراض الاقلاب ، تفيد بكل وضوح عدم امكانية حل هذا الصراع الموجود في التماهي وفي مركب الخصاء .

وتعود السيادة النسائية في الهيستيريا ، إلى الصعوبات الخاصة التي تلاقيها الفتيات في استيعاب المواقف القضيبية . وليس هذا سوى عنصر في فهم العصاب العوارضي .

في حال الاقلاب الاكثر خطورة ، شعرت بوجود انهيار اغفائي ، مما قادني الى

التساؤل عما إذا كان النقص في اللغة من جهة ، والدفاعات القضيبية الاستبدالية من جهة اخرى ، لا يخفيان ثغرةً موجودة مسبقاً واجبة التحديد .

وهذا ما قادني الى التمييز بين النواة الخاصة لهيستيريا الاقلاب عند الاطفال من جهة ، وبين الهيستيريا الفيزيولوجية من جهة أخرى . تلك الاخيرة تكون اقرب إلى الانا غير المنتظمة ، حيث ان تقلباتها تعطي اضطرابات حميمة على شكل ردود فعل وظيفية أو نفسية .

هل تلتقي تلك الثغرة الموجودة مسبقاً ، بالمسايرة الجسدية الخلقية أو المكتسبة كما سماها فرويد Freud ؟ .

يعيد سبيتزSpitz استعمال تعبير «المسايرة الجسدية» من الناحية الفيزيولوجية العصبية، وذلك بخصوص فرط التوتر الملاحظ عند بعض الرضّع، والمقصود هو المغص في الفصل الاول من الحياة. ويعتبر هذه المتلازمة، جواباً انتقائياً لما يسميه «الالحاح الامومي – القلق الابتدائي» حين يتوجه هذا الالحاح لوليدٍ ذي استعداد مسبق لفرط التوتر الخلقي. ويستدعي سبيتز امكانية تكوين تثبيتاتٍ في تلك المرحلة. ففي خلال التجسيد في الطفولة، وفي البلوغ. تصد النكوصات تلك المرحلة.

ان خلفية فرط التوتر مؤكدة من البعض ، ومعارضة الآخر (كرايسلر – كوتون – Gutton Kreisler) ، ويبدو انه لا يكون واضحاً عند الولادة إلا في حال خدج مهم .

في عملٍ كثير المستندات ، واكثر حداثة ، تحاول بولينا كيرنبرغ Poulina Kernberg ربط خصوصيات السلوك عند الوليد بالسلوك الهيستيري المستقبلي . . . لن أفصل هنا جميع الفروقات الدقيقة الفردية التي احصتها ، لكنني أقول بان النوعيات التكهنية التي اوردتها ليست سوى نظرية ، وبأنها تُفاضل العناصر المكتسبة .

في آخر مؤتمر للطب النفسي للرضيع في كان Cannes، طرحت على برازلتون Brazelton سؤالاً حول إذا ما لاحظ عند الوليد مسايرة جسدية، عامة كانت ام انتقائية على عضو معين، يمكن استعادتها في المستقبل عند ظهور عارض اقلاب، حين يصبح هذا الوليد اكبر سناً. فذكره سؤالي بالرضّع المفرطين في الاحساس، الاكثر ردوداً للمنبهات. على كل حال، لم يحصل بعد تطابق بين تلك الخصوصية، واحتمالٍ اكبر لظهور اعراض اقلاب مستقبلية.

من جـهـة أخـرى لاحظت ان المسـايرة الطبـيـة يمكنهـا المسـاهمـة المبكـرة في زيادة الاستثمار الجسدي .

من خـلال هيبتـه ، تقوم بين طبيب الاطفـال ، والطفل ، عـلاقة عـاطفية غنيـة يكون وسيطها الجسد . فالنظرة الطبية ، الجسّ ، استعمـال الاشعة ، استخدام تعابير ذات قيمة ، يلفت انتباه الطفل لجسده ، فتحصل استثمـارية لكل الجسـد أو الجزء منه ، خصوصاً إذا كان الموقف الطبي يكرر أو يُضخم اهتمام الام .

من هنا ، نفهم بكـل سهولة ، أن عارضـاً جسدياً ، ربما كـان مرتبطاً بالصـدفة ، يمكنه أن يكون مـوضع هستـرة ثانوية . إن الطبابة المفـرطة للاعـراض يمكنهـا أيضـاً أن تمنع بزوغ الهوام ، وأن تسبب في بعض الاحيان بأمراضٍ نفسية جسدية عضوية .

وما مثل جوليا Julia إلا لتأكيد تلك المخاطرة :

استقبلت جـوليا للمرة الاولى ، عندمـا كـانت في الثـانية عـشرة من عـمرهـا ، حين كـانت في قسـم الاطفـال من اجل ازمات فـرط التوتـر المصحـوبة بفقـدان للوعي ، واشكالٍ في المشي وشلل هيستيري ومستمر للوجه .

لن ندخل في تفـاصيل التـاريخ السـريري الذي يعج بالاعـراض الهـيستيرية ، ونورد وجود الشري Eczema ، والتهابات عدة منها انتانٌ دموي خطير .

كانت نشاطاتهـا الهوامية والعابها قليلة . ومن خـلال رسوم ومحادثات جمعتها من استكشافاتهـا السابقـة ، لاحظت بان محـاولاتها الهـوامية لحل صراعاتـها الداخلية ، كانت تقف عند المداخلات الكلامية الواقعيـة والمعالجات الطبية . إن حالة جوليـا توضح التواطؤ الطبي والعائلي في النشوئية النفسية للاضطرابات المختلفة .

بشكل أكثر عـمومية ، اصبحت اهمية الطبابة واقعاً اجتماعياً ، خصـوصاً في البلاد الصناعيـة ، حيث تشربت الهيستيريا من هذا الواقع ، فاصبحت سمات اعـراض الاقلاب اكثر طبية (أي تجسيداً) .

إن هذا التأثير يقودنا إلى الفكرة المسـايرة الجسدية الاجتماعية الثقافية . ففي فرنسا نعلم جيداً بأن لحضـارة البحر المتوسط ، والحضـارة الافـريقية ، علاقة أكثر هستـرة بالجسد ، واصول جوليا الايطالية تعطي لوناً لاضطراباتها .

في حال انسلاخ التـغرب، يبدو أن اندثار المذاهب التدريبية يلعب دوراً مـساعداً في

ظهور عارض اقلابٍ عند البلوغ. فيرتدي هذا العارض قيمة طقسيةً استبدالية.

بعد عودتي الحديثة من سفر دراسي في الولايات المتحدة الاميركية ، واليابان ، ألبست دراستي ثوب التأثير الثقافي .

في الولايات المتحدة الاميركية ، يظهرالاقلاب المنفرد اكثر عند الاطفال ذوي الاصل الاسباني (من بوتوريكو والمكسيك) ، وفي العائلات التي تملك حمية دينية حقيقية ، فالكاثوليكيون هم اكثر عرضة من البروتستانت ، وعند هؤلاء نرى العديد من حالات الاقلاب الطفولي في Bible Belt «المجموعة الانجيلية الخاصة بكارولينا الشماليةCaroline du Nord» .

لنذكر ايضاً الشامانية Shamanicadion عند الهنود الاباش ، حيث الايحاء والاستثارية والنزوع للازمات التي يتم تشجيعها ، لانها جزء من مقاييس الانتقاء المسبق للاطفال الشامان .

في اليابان ، تأخذ الاشكال السريرية ، الفردية خصوصاً ، شكل ازمات تشنجات ظهرية وفرط التهوية ، وهي موجودة في المناطق الريفية اكثر منها في المدن .

إن مختلف عوامل المسايرة الجسدية تلك ، غالباً ما تجتمع . ولكن من خلال تجربتي ، فهي لا تؤكد اقلاباً إلا إذا ارتبطت بالمسايرة العائلية التي سنبحثها الآن .

يستدعي فرويد الاغواء الجنسي الابتدائي الذي تمارسه كل ام على رضيعها على شكل عناية جسدية . وهذا الاغواء يستند على الارتباط الذي وصفه بوولبي Bowolby .

ان عدة ملاحظات لاطفال هيستيريين ، تدعو الى التفكير بأن بعض المواقع الجسدية يزداد استثمارها بشكل مبكر في مواقف الاهل وخطابهم . ويلتقي هذا بمظاهرجسدية عدة ، عضوية كانت ام غير عضوية ، عند احد الابوين ، ينقلها الطفل في عارضه بالتشبه الايمائي أو بالتماهي . سآخذ مثلاً بسيطاً : في حال آلام البطن المتكررة ، وذات المنشأ النفسي ، يبدو وكأن الام تعبر بشكل مبكر لولدها بالرسالة الكلامية ودون الكلامية التالية : «سأعلمك أنه في حال أي ازعاج لديك ، سأسألك أولاً إذا كان بطنك يؤلمك» .

كلما استمر الاقلاب زادت الاشكاليات المرضية العائلية وضوحاً ، وسأعرض مقتطفين سريريين صغيرين :

فيليب Philippe :

استقبلتُ فيليب في سنته العاشرة، وكان يشكو من اضطرابات في النظر، وفي النوم مع ألم بُركي في إطار قلقٍ مركز على موضوع الموت. وقد تقهقرت سريعاً اعراضه خلال جلسات العلاج النفسي التي اظهرت تأثيراً حقيقياً للاغواء الامومي. كان الاب غائباً منذ ولادة فيليب، وكانت الام تارة عدوانية وطوراً غاوية معه، كانت تدعوه دورياً إلى سريرها كلما غاب صديقها العسكري. هذا الوضع، المرغوب في اللاوعي، اصبح صاخباً ، ولا يطاق من ناحية الاعراض، كلما اقترب فيليب من سن البلوغ.

فلورنسFlorence :

فلورنس بنت سوداء اللون ، ولدت في جزر الانتيل Antilles . تشكو من آلام متقطعة ومتنوعة ، وتُظهر كفآ ذهنياً ضخماً . دخلت قسم العناية الفائقة في سن التاسعة وبقيت ثلاث سنوات في المستشفى . عرفت اباها قليلاً ولم تحمل اسمه . نبذت الام الاب وهدرت قيمته ، كذلك بالنسبة لحماها الذي انفصلت عنه أيضاً ، وقد وصفت الاخير بالرجل العنيف . تمثل فلورنس وقع فرط الغلمية العائلي في ابقاء المحتوى الجنسي لمركب اوديب ، فلا يتمكن الكبت الثانوي من الاقامة حتى يحل محله كبتٌ هيستيري أكثر اعاقةً .

تملك والدة فلورنس شخصية هيستيرية ، وقد شكل قسمها الاغوائي عدة «مشاكل تقنية» بالنسبة للموظفين الذكور في الفريق . . . تلميحاتها الكلامية عن الجسد ، ولوحات الجماع المعلقة في المنزل حيث تفيض المرايا ، كل هذا يفسر زيادة استثمار الجسد ، والنظر عند البنت التي عانت كثيراً من الكف في المعرفة المدرسية .

تعيدها المعرفة إلى المشهد البدائي غير المكتمل ، إلى المعنى المزدوج ، إلى الجنوسية المزدوجة ، كما يفسرها ميشال فين Michel Fain ، وهذا يعود إلى نقص في الاستثمار المضاد الضروري لوظيفية ذهنية ابداعية ذات «وجهة واحدة» .

تستدعي فلورنس دائماً الرفض ، «بالمعنى المفهوم من فرويد في أوائل دراسته الهيستيريا» فتتخذ مثلاً ، موقف اغواء - انكار كاريكاتوري ، فهي دائماً لابسة «قرب الجسد» ، فهي تفرض نفسها على نظري وهي قائلة (بشكل متناقض) «لا تنظر إلي» أو أيضاً «ما بالك تنظر إلي؟» في تساؤلٍ عن خصاء الآخر وعن خصائها الذاتي.

فهي تستعمل هنا آلية التماهي الاسقاطي ، وهو أكثر بروزاً وفرضيةً في مواقع أخرى .

تقودنا فلورنس لاعتبار وجهين مهمين للمحتوى الذي يظهره الاطفال المصابون باقلاب قاس أولاهما :

- قدمُ بعضِ المواضيع .

- صعوبة تكوين حدود للأنا الجسدية .

وبالفعل ذكرت فلورنس لمعالجها النفسي هواماً عتيقاً ومرعباً ، هو رُعبها من الساحرات القاتلات للاطفال . هذا القدم في الهيستيريا يظهر بشكلٍ مختلف حسب شخصية وجنس المعالج ومداخلاته .

وقد اظهرت فلورنس ، ان العارض الهيستيري يهم الغلاف الجسدي أيضاً ، فهو في الوقت نفسه شكوى وطلب للاهتمام بالحدود الجسدية .

حول هذا الموضوع سأستعين بموقف متكرر لفلورنس يوضح تعقيد علاقتها مع الآخرين : في بداية اقامتها في الوحدة ، كلما رآها معالج ، ذكر خصوصاً ، كانت تختبىء خلف الستائر وتُظهر يداً أو إصبعاً . يمكن تحليل هذه اللعبة بالشكل التالي :

١ - من خلال الجزء الذي تظهره ، كانت تعبر عن رغبتها بأن تكون معروفة ، ومحدودة من الآخر ، وذلك بآلية ارصانية للأنا تحتوي أيضاً على محاولة للسيطرة على الانفصال ، من خلال لعبة الاختباء «الطّمين» المدروسة جيداً من وينيكوت "Winnicott" .

٢ - يقود القسم الكبير من الجسد المختفي لمعنى مزدوج تناسلي وغيرتناسلي .

- تختبيء وتهرب من الرغبة الجنسية للمعالج الذكر ،هذا هو المعنى الاول التناسلي .

- اما المعنى الثاني فهو سابق لمرحلة اوديب ،ويهم الغلمية الذاتية الضرورية لبناء الأنا الجسدي والنفسي .

في حال فلورنس ، كما عند غيرها ، نلاحظ أن نقص الحنان في مرحلة ما بعد اوديب ، هو صدى لعلاقة بنائية مع اهل «داعمين» أكثر منهم مصدر اثارة .

سنتطرق الآن للناحية الانهيارية ، التي غالباً ما تكون واضحة ، مثال ذلك :

- فيليب : دائماً تعيس لانه يفكر بان حياته لن تتعدى سن العشرين .

- جوليا : قامت بمحاولة انتحار بعد اقتراح اطباء الاطفال بفصلها عن اهلها ، في نفس الوقت الذي كان والدها يجري عملية جراحية لركبته .

والانهيار مرتبط بتقلباتٍ مزاجية ذات اوجهٍ متعددة : الطفل اللاجنسي والتي تعطيه مكاسب جمة، خصوصاً وإن الحفاظ على تلك الصورة مرغوب جداً من الام التي تتحمل انوثتها الخاصة بصعوبة.

نادينNadine تشكو من قهم وهي حول البلوغ . هذا المظهر (البلوغ) مهددٌ لبعض الامهات اللواتي يخشين ظهور العلامات الاولى للبلوغ عند بناتهن .

ستفاني Stephanie عمرها ١١ سنة ، تشكو من ازمات تكوُّر في الوقت نفسه الذي تظهر فيه نوبات رهاب وانهيار عند والدها ، الذي اصبح في العمر الذي انتحر فيه والده .

كاترين Catherine عمرها ١٢ سنة ، ادخلت المستشفى على اثر ازمات خوافية مع فقدان للوعي وحركاتٍ عنيفة. يشكو والدها، وهو يوناني الاصل، من انهيارٍ رد فعلي لمشاكل مهنية . هي مشغوفةٌ بعلم الآثار ، وقد اظهرت اهتمامها بالحفاظ على الابنية الرومانية والاغريقية من اول مقابلة معي ، وتساءلت : إذا كان يمكن الحفاظ على الPeres- زلة لسان تعني الآباء- وهي تقصد ال- Pierres أي الحجارة . فقد يبدأ تآكلها بعد ٤٠٠٠ سنة .

خارج الازمات ، كانت كاترين مطيعة ومجتهدة وملتصقة بأم متسلطة تسيطر جيداً على عائلتها الصغيرة . أما خلال الازمات ، فقد كانت تسمح لنفسها بالعدوان الجسدي على امها بحركات فجائية . فهي مع كثير من امثالها توحي بصعوبة الخصومة مع الام ، حيث العلاقة قريبة جداً ، ولكنها غير ذوبانية .

ان الفتى الهوامي في أفكار كاترين قادني الى التساؤل عن القيمة الهوامية في الوظيفة لكثير من الاطفال الهيستيريين .

فاذا استثنينا نقص الهوام عند بعض الاطفال «امثال جوليا» ، الذين يجمعون ما بين

الاقلاب والاعراض النفسية الجسدية العضوية» فقد لاحظت بأن النشاط الهوامي يشهد عن وجود طاقة غنية للرمزية في الحديث ، كما في الرسم والالعاب ، لكن التعقيل ما زال ناقصاً ، من اجل اتقاء اللجوء للعارض . وهذا يلتقي بالصعوبة التي يظهرها هؤلاء الاطفال في ما وراء الاتصال : فنلاحظ احياناً صعوبات انسلاخهم عن اللعب والمسرح من أجل استيعاب داخلي لمداخلات المعالج .

وهذا يذكرنا بانشطار الوعي الذي وصفه فرويد في الهيستيريا ، لا شك ان استنفار الدفاع ناتج عن فرط الكره الاهلي وعن الكبت ، فيتم بناء رقابة ما قبل الوعي من اجل الوقاية من نزوعاتٍ لا واعية. ان صلابة المقاومة ورفض المعاني يظهر الخوف من خسارة اللاعقاب بالنسبة للرغبات اللاواعية المكبوتة .

إذا اهتممنا بالاقلاب نفسه ، فله عند الطفل كما عند البالغ وظيفة الحل الوسط . إذ يسمح بتفريغ شحنة الوجدان ، ويحتوي ضمنياً تصورات لا واعية سنسرد محتواها :

- المشهد البدائي .
- الرغبة الجنسية لاحد الابوين .
- العدوان تجاه الآخر .
- قلق الخصاء .
- العادة السرية .

نعلم من فرويد بأن للاقلاب قيمة رمزية . فما هو هذا الرمز في الهيستيريا .

لنعد إلى مفهوم التصور ، كما استعير من الفلسفة الالمانية : أنه محتوى الفكرة ؛ وقد فصل فرويد بين تصور الكلمة وتصور الاشياء . في الاقلاب يستخدم الجسد كتعبير عن الفكرة ، مما يدل على ثغرات في اللغة اللفظية «يعني في تصور الاشياء ، وإلى الهلوسة البدائية» على خلاف الرمّزية الثانوية الفارغة من شحنة الوجدان ، والتي تعتمد الرموز الدالة على لغةٍ لفظية.

إن نوعية الرمزية الموجودة في الاقلاب ، تقودنا إلى كون الانا الجسدي هو الحاوي وإلى وظيفة الحاوي في تكوين الفكرة – اللغة حسب افكار بيون Bion .

تلك الفرضيات النظرية ، مثل وجود الاقلاب الكامن ، يقودنا الى اعادة اعتبار

فرويد في مفهومه ل «ما بعد» Apreis coup والمقصود هنا ، أن الذكرى لا تصبح صدمية إلا «ما بعد» المراهقة .

لوبوفيتش Lebovici في عمل حديث عن هيستيريا الاطفال ، يركز على «الما بعد» في تكوين العصاب عند الطفل .

إن التجربة السريرية تدل على أن الهيجان الداخلي يمكن أن يزداد كثيراً تحت تأثير المحيط ، وأن يُعرض هشاشة الكبت الثانوي .

إذا اضيف إلى هذا ، احتمال حادث معجل ، فإننا نتفق مع فين Fain على احتمال بزوغ بلوغ نفسي مبكر يسبق الانقلاب الشكّلي البيولوجي للبلوغ الفيزيولوجي .

ان تأثير «الما بعد» المبكرة اصبحت هكذا ممكنة .

قبل عرض التوجيهات العلاجية بشكل مختصر ، سأورد اقتراح بعض الكتاب لفصل الاقلاب عن الهيستيريا .

صحيح أن تعبير الهيستيريا هو اكثر غموضاً وله طابعٌ سلبي تاريخياً واجتماعياً ، لدرجة ان كرامر Cramer يقترح فصل الهيستيريا عن الاقلاب ، لان الاقلاب عارضٌ محددٌ وملاحظٌ في المتلازمات النفسية المرضية المتعددة .

على كل حال ، آمل أن يكون عرضي كافياً للتذكير بأن الاقلاب يستعمل لغة حركية خاصة ، لكنه يستخدم اليات منتشرة في الهيستيريا في تحديدها التحليلي . وهذا ليس بالبعيد عما وصفه جانيه Janet ، منذ ١٨٩٤ ، بأن الاقلاب هو «مرض بالتصورات» .

توجيهات علاجية :

من التجسيد البسيط الى الاقلاب الدائم ، هناك درجات من الخطورة متعلقة بتنوعات العارض نفسه ، وبخلل الوظيفة الذهنية العامة للطفل خصوصاً .

سنميز بشكل مصطنع :

- الاعراض النفسية الوظيفية او الجسدية ؛ بالنسبة إلى هذين التعبيرين المعنى نفسه :

- الاقلابات الطارئة .

- الاقلابات الدائمة .

وهذا بهدف مزدوج = انذاري وعلاجي .

في معظم حالات التجسيد، التي تتنوع من تفريغ شحنة القلق البسيط، إلى الاضطرابات المسماة «رد فعلية»، حيث الآلية هي اكثر تركيباً، نلاحظ حركة تقهقرية تكون الغلبة فيها مرحلياً للتعبير الجسدي على النشاطات اللفظية واللعبية أو السلوكية، تلك الحالات تتطلب موقفاً مناسباً من طب الاطفال مفصلاً في دراسةٍ سابقة.

أما في حالات التجسيد المستمر، يجب على طبيب الاطفال اقتراح تقويم لنفسية الطفل ولدينامية العائلة. هذا النوع الاخير من التجسيد، واقلابات الطوارىء، لهما انذارية حميدة من خلال علاج نفسي قصير الامد.

وأخيراً، يمكن لبعض الاضطرابات النفسية الوظيفية، بلورة امراض نفسيةٍ اكثر خطورةً. تلك الاعراض تلائم الاقلابات الهيستيرية الدائمة، حيث اضطرابات تكوين الأنا الجسدي واضحة. في حينه يجب اعتبار عدة عوامل، من جهة اهمية الاضطرابات وانعكاسها على التكيف الاجتماعي والمدرسي، ومن جهة أخرى، التأثير المرضي للعائلة واحتمالاته في الاستنفار.

هذا ما يقودنا الى طرح علاج نفسي محتمل مع أو من دون عناية مؤسساتية.

٢ - خطوات العناية المكثفة بالظواهر الذهانية المبكرة*

س . فيورينا**
لجنة الترجمة في م . د . ن .

طب الاطفال العقلي، هو أحد الفروع المحدثة للطب العقلي، وبديهي القول بأن علاج الذهانية يلاقي حظوظاً أفضل كلما كان مبكراً. وهذا المقال يعالج مسألة العلاج المبكر لمظاهر ذهانية ظهرت مبكرة (حوالي سن السنتين)، وهو يعرض تحديداً لثلاث حالات اختارها المؤلف من تجاربه العيادية.

مقدمة :

نناقش في ما يلي ، ثلاثة جداول عيادية لحالات اخذت على عاتق العناية الطبنفسية المكثفة في عمر السنتين تقريباً . وكانت العلائم المرضية لدى هؤلاء قد لوحظت عقب ولادتهم بفترة قصيرة . ولقد تمت هذه العناية في اطار القسم المخصص لرعاية الصغار ، نظراً للمشاركة الوثيقة بيننا وبين اختصاصيي طب الاطفال . وظروف هذه المشاركة هي التي قادتنا إلى استنباط بدائل تنسجم مع اسلوب العناية المكثفة بوقت جزئي .

إن الفترة الفاصلة ، بين بداية ظهور العوارض (بعد الولادة بقليل) ، وبين بداية العلاج الطبنفسي (سن العامين) ، تطرح مجموعة من التساؤلات التي لا يمكن حصر الاجابة عليها عن طريق ردها إلى مبدأ المقاومة (من قبل الاهل أو من قبل اطباء الاطفال) . وهذا يدفعنا إلى مناقشة النقاط التالية :

---

* Soins intensifs des phénomènes psychotiques précoces et abord Sèniologique - L'infermation psychiatrique, Vol, 62 - N° Spécial, PP. 283 - 285.

** S. Florima: Psychiatre des Hopitaux C. H. S. Les oliviers, route de Noisy, 95 260 - Beaumont S/ Oise - France

١ - **مجريات التشخيص** : نظراً لعلاقة اضطرابات المنطق الخطرة بكل من مفهوم التخلف العقلي والذهان ، فإن اطباء الاطفال يلجأون ، عن وعي أو من دون قصد ، إلى اعتماد مبدأ الاستبعاد لوضع التشخيص . وهذا يقتضي وقتاً .

٢ - **نرجسية الاهل** : وهي تدفعهم إلى تورية (أو لحالات تقريب المعطيات إلى السواء) بعض المعطيات المتعلقة بظروف الحمل وبصدمة الولادة ، وبداية ملاحظتهم للاضطرابات العلائقية لدى الطفل . وهذه النرجسية تؤخذ دائماً في الحسبان لقبول الاهل بإخضاع طفلهم للعلاج الطبنفسي .

٣ - **بنيات الوقاية والعلاج** : وهي ليست دائماً متلائمة مع الحاجات الفعلية . فهذا التلاؤم يقتضي من المعالجين ملكيتهم لقدرة كبيرة على تحريك طاقاتهم ، من أجل الحفاظ على الضوابط ، التي تساعدهم على امتصاص اسقاطات القلق التي يقوم بها الاهل . ومن جهة قراءة العوارض ، وجدنا الا نكتفي بقراءتها من خلال تصنيفها الذهاني ، أو الوصف العائلي ، بل أننا أضفنا إليها المعطيات الحديثة لطب نفس حديثي الولادة ، ومنها مبادىء التفاعل والمنافسة (بالمقارنة) وتقصي اقتصاد الجهاز العائلي . كل ذلك بهدف توليد سيرورة علاجية تأخذ على عاتقها العائلة ككل ، وتهيئتها للانفصال عن الطفل ، مما يسمح لنا بتركيز العناية على الطفل المريض . وفي ما يلي عرض لهذه الحالات :

الحالة الاولى ، صموئيل :

ولادة مبكرة ، الاضطرابات الاولى لوحظت طبياً وهو في شهره الثامن ، خضع للعلاج الطبنفسي للمرة الاولى وهو في سن العامين . وفي حينه كان جدوله العيادي يظهر آليات ذهانية - تكافلية[1] ، مكونة من الارتخاء العضلي وتعاقب الرفض لأي اتصال ، والذوبان بأمه والالتصاق بها ، مع رفض كلي للانفصال عنها ، أو لقبول شخص ثالث (حتى الأب) . كما كانت تحتاجه ، على الصعيد العلائقي ، عواصف انفعالية امام أي تغيير (يصرخ ، يبكي ، يتملص ، يخدش . . . الخ) .

(١) تكافلية : Symbiotiques - وهي ذهانات طفولية اسماها «ماهلير» بالتكافلية نظراً لعدم تخطي الطفل مرحلة الذوبانية بأمه والبدء بإدراك فردية جسده الخاص . وتظهر هذه الذهانات في السنة الثانية . وينمو الطفل قبلها بصورة عادية خلا حساسيته الزائدة امام المثيرات الحسية(سمعية ، بصرية . . الخ) اضافة الى اضطرابات النوم . - المحرر .

في هذه الحالة ، كان لحذر الأم ، ولالغاء الأب ، اثرهما المتعب والمعيق لاقلاع عملية العلاج النفسي من خلال لقاءات اسبوعية مع الأم والطفل ، بهدف تحضيرهما لقبول المشاركة في مجموعة علاجية تجتمع ثلاث مرات اسبوعياً . وهذه اللقاءات ، سمحت للطفل بتطوير ادراكه لذاتيته ، واتاحت له إعادة تنسيق اتصالاته داخل العائلة . وكذلك اعادة توظيفه لقدراته على الترميز ، مما يتيح له اكتساب اللغة بشكل بنيوي . وبهذا تم تراجع العوارض بصورة تدريجية ، ولكن مع استمرار الارتخاء العضلي ، مما أتاح لنا ، بالتنسيق مع طبيبه (اختصاصي الاطفال) ، العمل على تحري امكانيات معاناته لمشاكل حركية اساسية تنتمي إلى تناذر ليتل[1] (S. Little) ، وهكذا اخضعنا الطفل لعلاج يساعده على تعويض هذه المشكلة الحركية . وبعد مضي ثلاث سنوات على هذا العلاج ، بدا صموئيل طفلاً ذا تطور ذهني غير متناسق ، ولكنه قليل النقص وخارج أية سيرورة ذهانية .

من طرفنا ، فإننا نحتفظ لهذه الحالة بفرضية «التذهين المبكر للعلاقة» . بحيث ادت الاعاقة الأساسية لديه إلى خلل مبكر في جهازه التفاعلي ، تجلى بحاجته شبه الحياتية إلى الالتصاق بأمه لاستخدام وظائفيتها النفسية . كما يمكننا اعتبار هذا القصور على علاقة بولادته المبكرة (بقي شهرين في خيمة الاوكسيجين) التي اثرت فيه من زاوية هوامية ، وكأنها انسلاخ عنيف ومهدد للهيكلية النفسية بالمعنى الفرويدي لصدمة الولادة .

٢ - الحالة الثانية جيروم :

لدى ولادته المبكرة فصل عن أمه ، ولكنه حافظ على علاقة معها ، حيث كانت تتم تغذيته من حليب أمه . وظهرت لديه بوادر تخلف النمو النفسي - الحركي . وبعد خضوعه للفحوصات العصبية شخصت لديه حالة كبر الرأس (Macrocèphalie) غير التطورية .

لدى بلوغه العامين ، خضع الطفل للعلاج الطبنفسي للمرة الاولى ، واظهر جدوله العيادي معاناة لحالة الانطوائية (Avtisme) ، حيث انعدمت اللغة عنده ، وظهرت عليه

(١) مرض ليتل : وهو شكل عيادي لاصابة دماغية - تشنجية (عقابيل اصابة) تتجلى بشلل الاطراف الاربعة ، مع أثر أكبر في الرجلين . وتترافق مع نقص العقل واحياناً نوبات صرعية . وعندما تكون هذه الاصابة بسيطة تسمى بـ تناذر ليتل ، وفيهايمكن للعطل الحركي أن يتحسن مع الوقت . - المحرر .

أثار إيذاء الذات . بعد علاج عائلي استمر بضعة اشهر ، واعتمد طريقة تحليلية ، اضافة إلى جلسات علاج جماعي بمعدل ثلاث مرات اسبوعياً ، وجدنا أن تطور سلوكه يسمح له بنوع من الانفتاح الاجتماعي . ولدى بلوغه الاربعة اعوام ، تمكن من التماشي مع الدراسة في صف الحضانة (وذلك بفضل خروجه من انطوائيته مع اكتساب القدرة على التفاعل من خلال العلاج الجماعي ، وأيضاً قدرته على استعمال بنيوي للغة من أجل الاتصال) . ولكن المظاهر الذهانية استمرت لديه بعد بلوغه سن الستة اعوام . بل أن هذه المظاهر كانت تزداد لدى تعرضه إلى وضعيات من نوع الصعوبات العاطفية - المزاجية . حيث كانت تظهر لديه علائم عسر الكلام (Dysphasie) ، مع نطق كلمات غير مفهومة ، وحركات تكرارية - نمطية ، ونوبات بكاء وضيق يعجز عن التحكم بها . وباختصار ، فقد عجز هذا الطفل عن تلقي التعليم المدرسي التقليدي ، وذلك بسبب هشاشة قدرته على الترميز وعلى التمايز الفكري . وهذا الوضع خلق صعوبات عديدة لأهله .

الحالة الثالثة روبير :

فحصناه للمرة الاولى عندما كان في الرابعة والنصف من عمره . وكان ذلك بهدف ادخاله إلى مستشفى نهاري[(١)] ، وكان روبير قد ولد ونما نفسياً وحركياً بصورة طبيعية . ولكن نوعاً من اللامبالاة العلائقية ، لوحظ لديه وهو بعد في سنته الأولى . وهذا ما استدعى فحص السمع لديه لمعرفة ما إذا كان أصماً .

الزيارة الأولى للعيادة النفسية كانت في سن الثمانية عشر شهراً ، حيث خضع لمقابلات علاجية منتظمة ، وانتمى إلى مجموعة علاج لمدة ثلاثة اعوام ، تخللتها استشارات متعددة ، وبعض الانقطاع عن العلاج ، ولدى فحصنا له ، كانت لديه عوارض انطوائية ظاهرة ، مع ملاحظة تغيرات سلوكه بحسب المواقف العلائقية . فقد كانت مواقفه تتراوح بين اللامبالاة الاثيرية - السطحية ، وبين ردات الفعل العنيفة والفجائية المترافقة مع نوبات من الضيق . ثم ينتقل بعد ذلك إلى سلوك العبث الممزوج بتصرفات ثنائية من نوع الاغواء - المعرضة . وهو وان لا يتكلم ، إلا أنه يفهم عناصر الحديث ، ويستجيب لها بصورة مناسبة من خلال اتصاله غير الكلامي ، وصولاً إلى قدرته على

(١) المستشفى النهاري هو صيغة استشفاء خاصة تتم فيها رعاية المريض خلال النهار مع قضائه الليل في منزله . ولقد عرضت المجلة لهذه الصيغة في عددها الثالث عشر .- المحرر .

إظهار قدراته التعلقية الثابتة بالاشخاص الذين هم في محيطه .

ان السلوك الانطوائي يبدو في هذه الحالة كسلوك انسحابي من بعض الوضعيات . وعلى الرغم من كون هذه الانسحابات تبدو عميقة التنظيم ، فإن هناك في المقابل العديد من الثغرات في هذا التنظيم . مثال ذلك ، علائم سيرورة الترميز الفكري (المتبدية من خلال الاتصال غير الكلامي) التي تتيح لنا الامل في الحصول على تصحيحات افضل في المستقبل .

الخلاصة :

إن إرساء قواعد للعناية المكثفة لمثل هذه الحالات ، يقتضي تخطي الاساليب التقليدية في التصنيف ، وفي مصادر المعلومات . فهذه القواعد تقتضي أن تأخذ في الحسبان العوامل التالية :

١ - آليات الاختلالات التفاعلية المبكرة الظهور .

٢ - القدرات الدينامية للاقتصاد العائلي (مدى قوة دفاعاتها واستعدادها لاخضاع الطفل للعلاج واستعدادها لاحداث التغييرات المناسبة في العائلة . . الخ) .

٣ - تحديد موقع مستشفى الاطفال واطبائه بالنسبة إلى سيرورة العلاج النفسي لهذه الحالات .

هذه العناية المكثفة بإمكانها أنْ تؤثر في اآليات انصعاق الاهل (لمعرفتهم أن طفلهم يحتاج إلى علاج طبنفسي) ، وفي انعدام المرونة في الجهاز العائلي ، وهي اهداف هامة قبل مواصلة وظيفة دينامية لهذا الجهاز ولاقتصاده .

وإذا كانت العناية المكثفة لعوارض الذهانية المبكرة ، التي ندعو إليها ، تركز على المظاهرات المصنفة في خانة الذهانية ، أو الانطوائية ، فإن ذلك لا يعني تخلينا عن الحذر في اعلان مثل هذا التشخيص . إذ كلما كان الطفل اصغر ، كانت بنيته النفسية - الداخلية ، وتنظيم جهازه العلائقي ، مؤقتين (وقابلين للتطور نحو الافضل) ، هذا من جهة ، أما من جهة أخرى ، فعلينا أن نكون حذرين كي لا نشجع افتراضات مسبقة من شأنها أن تعيق استراتيجية التبكير في ارساء السيرورة العلاجية ، وأن تحرك أيضاً كافة اعطال الجهاز العائلي .

على أية حال ، فإننا نعتقد أن العناية المكثفة والمبكرة بهذه الحالات ، بإمكانها أن تغير ، بشكل جوهري ، الآليات الذهانية الاكثر رسوخاً . كما من شأنها أن تساعد الطفل على مواجهة اكتساح هذه الآليات . وأيضاً ، فإنها تدعم امكانيات اتصال الطفل المريض بالآخرين ، وذلك عن طريق استغلال افضل لقدرات جهازه الترميزي - الفكري .

المحرر

تثير هذه المقالة شجون العياديين العرب ، من خلال طرحها لمجموعة طويلة من الاشكاليات التي لا نناقشها عادة بشكل مباشر ، في محاولة لتجنب خلق هوات جديدة بين الاختصاص وبين الجمهور ، بل وبين اطباء الاختصاصات الأخرى . وحفاظاً على هذه الموارية ، وتجنباً للطرح الصريح لهذه الاشكاليات ، فقد رأينا التصرف في الترجمة في بعض النواحي ، وأن تتجنب الشروحات في الهوامش ، في ما يختص بدينامية واقتصاد الجهاز العائلي . كما رأت هيئة التحرير أن تناقش في هذا التعليق ، بعض النقاط التي تيسر الفائدة من العناية المكثفة للمظاهر الذهانية المبكرة . ونبدأ بـ :

١ - في مجتمعنا غالباً ما تمر هذه الحالات المبكرة من دون ملاحظة إذا لم تقترن بعطل جسدي واضح . وذلك بحيث يتأخر اكتشافها لغاية بلوغ الطفل للسن المدرسية ، واحياناً بعد هذا البلوغ ببضع سنوات .

٢ - ان نرجسية العائلة العربية تدفعها إلى رفض العلاج ، بل إلى رفض الاعتراف بالظواهر المرضية بحد ذاتها . وهي تفضل تبني الموقف القائل : ان الجهاز العقلي للطفل ، هو غير مكتمل النمو ، مما يعزز امكانيات تعويض النمو المستقبلي للظواهر الحاضرة .

٣ - إن اطباء الاطفال العرب ، إذ يواجهون بمواقف الأهل ، يجدون انفسهم في مواقف حرجة لا تستطيع إلا تعزيز دفاعاتهم .

٤ - ندرة الخبرات العربية في ميدان طب الاطفال العقلي .

٥ - ان فكرة علاج هؤلاء الاطفال في اقسام طب الاطفال ، هي فكرة مناسبة لجهازهم الصحي ، حيث ندرة الاقسام النفسية ، وكثافة الجروح النرجسية لدى الاهل في حال اضطرارهم الى ادخال الطفل إلى قسم الطب النفسي ، ومن هنا كان التزام المجلة بنشر هذا المقال .

وإذا كان مؤلف المقال يذكر حالات بدأ فيها العلاج في سن اقصاه اربعة اعوام ، فإن

العيادة العربية ، تستطيع أن تعرض لحالات مشابهة لم يبدأ علاجها قبل السبعة عشر عاماً ، بل وبعضها لم يبدأ . ومن اجل العمل على تلاقي مثل هذه الحالات ، فإننا نقترح على أقسام طب الاطفال ، في العالم العربي ، مجموعة من الخطوات التنسيقية ، نلخصها على النحو التالي :

١ - ضرورة الاستعانة باختصاصي نفسي ، مهمته إعداد ملف نفسي متكامل للطفل . على أن يتضمن هذا الملف السوابق الوراثية ، وظروف الحمل ، والولادة ، وجدول ابغارAppgar [1] ، أو غير مباشرة عقب الولادة وفحص ارتكاساته ونموه النفسي الحركي . مع توزيع جداول النمو النفسي - الحركي [2] على الأهل للمساعدة في مراقبة نمو طفلهم ، والانتباه إلى عقبات هذا النمو في حال وجودها .

٢ - إعداد صيغة للتعاون بين اطباء القسم ، وبين طبيب نفسي ، وآخر عصبي ، بصفة زائرين مهمتهما معاينة هذه الحالات ، والعمل على علاجها في إطار الفريق العلاجي المؤلف منهما ومن اطباء القسم ، اضافة النفسيين الى المعالجين إذا امكن . وذلك وفق ظروف كل قسم على حدة .

٣ - تنظيم لقاءات طبية بين اعضاء الفريق المعالج ، حيث تجري عروض ومناقشة هذه الحالات وتطورها بين اعضاء الفريق . وربما كانت طريقة بالينت Balint ، واحدة من اهم هذه الطرق .

٤ - العمل على تحقيق امكانية ارساء المجموعات العلاجية لهذه الحالات ، بحيث يحضر هذه الجلسات الاطفال والاهل ومعالج يدير الجلسة وفق احد مبادىء العلاج الجماعي . ومثل هذه الجلسات تهدف إلى السيطرة على دفاعات الأهل ، ومحاولاتهم الهروب من العلاج ، وتحسين دينامية الاقتصاد العائلي ، وتشجيع الاطفال على قبول الاتصال ، وتحسين قدراتهم على الترميز .

٥ - التأكيد على ضرورة العلاج المبكر لظهور الذهانية ، إذ انه من الثابت ان التبكير في علاج هذه الظواهر ، هو من الخطوات الجوهرية على طريق تأمين مستقبل افضل للمريض .

---

(١) هذا الجدول منشور في كتاب «ذكاء الرضيع» في سلسلة علم نفس الطفل الصادرة عن دار النهضة العربية (١٩٨٨) وهو يختص بإعطاء علامة للطفل تتراوح بين واحدة وعشر ، وذلك وفق حالته الصحية لحظة ولادته .

(٥) هذه الجداول منشورة في الفصل الثاني من هذا الكتاب .

٣ - متابعة طويلة الأمد لبالغين يعانون ذيول الإنطوائية(*)

تأليف : د . شوفانس ، م . (**)
ترجمة : د . فواز أديب(***)

إن تكريس الانطوائية ، كاضطراب ذي كيان مستقل عن الأمراض ، هو تكريس لا يزال يطرح اشكالية تصنيفية . حيث أن الكثير من الباحثين لا يعترفون بالفوارق المطروحة للتمييز ، بين الذهان ، وبين الانطوائية ، وبين الفصام الطفولي . ونحن ، كي نتصل بالانطوائي (طفلاً كان أم بالغاً) علينا أولاً تحديد العوائق التي تعترض هذا الاتصال (لا مبالاة ، صعوبة تلقي الاشارات وتحليلها ، وانعدام القدرة على لفت الانتباه وتوضيح الطلبات) . وثانياً ، علينا احترام مبدأ الشفافية ، والعمل على دعم الأهل الذين طالما يتساءلون بألم عن سبب حالة ولدهم . فهم يرون أنفسهم مسؤولين عن هذه الحالة . ولدينا أدب كامل يصف مشاعر الذنب والخجل واليأس والأسى التي يشعر بها أهل الأطفال الانطوائيين . حتى أن هؤلاء الأهل يستهلكون في الصراع اليومي الذي يخوضه الانطوائي .

إن ابرازنا للطاقات الادراكية ، التي يحافظ عليها الانطوائي (بالرغم من مرضه) ، هو ابراز من شأنه مساعدة الأهل لمعايشة عاهة الطفل بشكل أفضل ، لان ذلك يعيد الاعتبار إلى صورة طفلهم (ويقلل من أثر الجروح النرجسية لدى الأهل) . خاصة وأن الأخذ على العاتق (عاتق الأطباء المعالجين) عن شأنه دعم نرجسية الأهل ، دعماً كافياً ، لبقاء الشاب الانطوائي في محيطه العائلي عن طريق دعم قدرة هذا المحيط على المعايشة .

(*) Revue de psychiatrie de l'ouest - Journee anuelle dc la societe de Neuropsychiatrie de l'ouest - Saint Malo 1991 .

(**) Assistant chef de clininque, CHU de Brest, 29820 BOHARS

(***) طبيب متخصص بطب الأطفال ويعمل في طرابلس . لبنان .

إن هذا المقال ، هو عبارة عن ورقة مقدمة إلى الاجتماع السنوي (اليوم السنوي) لجمعية الطب النفسي - العصبي في غرب فرنسا . وهو يتضمن عرضاً لحالة عيادية . والثقافة النفسية ، اذ تنتخب هذا المقال لعرضه على قرائها ، إنما تهدف إلى الرغبة في تسهيل اتصال قرائها بالفكر العلمي وبالأبحاث العالمية المعاصرة . وبصفته اختصاصياً عاملاً في محيط عربي ، فقد انتقى الدكتور فواز أديب هذا المقال ، بالتوفيق بين الحاجات ، وبين المراجع المتوافرة لدى العيادي العربي ، واليكم المقال .

مقدمة

لقد ازدادت أهمية هذه المسألة بشكل كبير منذ عدة سنوات . فقد شكلت دراسة الاضطرابات الانطوائية أحد مراكز الاهتمام الراهنة للطب النفسي السريري . فلنعد الى عشرين سنة مضت ، ولنسترجع المناقشات العاصفة حول التقسيم التبويبي (التصنيف) للذهانات . هذه المناقشات التي تشير إلى أن الاهتمام بهذه الاضطرابات يعود إلى أكثر من عشرين سنة .

أما عن أسباب هذا الاهتمام ، فمردها إلى أن الانطواء (Autisme) يشكل مسألة مهمة على صعيد الصحة العامة . فهو يخص نسبة مهمة من جمهور الأطفال والمراهقين الذين يرتادون عيادات الطب النفسي للأطفال .

ويبقى الطب النفسي السريري المعاصر مكتوف اليدين أمام البالغين الذين يظهرون كالقلاع الخاوية . ولقد كتب مينكوفيسكي (E. Minkowiski) بهذا الخصوص : «هل هناك شيء ما خلف ذلك؟ . يمكن ! ويمكن أيضاً ألا يوجد أي شيء خلف ذلك :» . أما اليوم ، فيبدو أن هذا اللاشيء ، أو العدم ، هو في حقيقته طريقة دفاعية وخاصة وغامضة من عدة أوجه .

وصف التناذر :

كان كرابلن (Kraeplin) مبتكر التبويب والتصنيف في الطب النفسي ، وإليه يعود التقسيم الثنائي للذهان الداخلي المنشأ . إذ قسمه إلى فصام (شيزوفرانيا) وإلى ذهان مزاجي .(P. Affective) معتمداً بذلك نظرية المنشأ الداخلي للذهانات التي وضعها موبيس(MOEBUS) . ولقد كان هذا التقسيم منعطفاً في تاريخ الطب النفسي ، إذ اعتمد كرابلن فيه مبدأ تصور المرض . في حين كان اسكيرول (ESQUIROL) يعتمد ، حتى يومها ، على دراسة التناذر . فأتى كرابلن يكتب في مقدمة الطبعة الثانية لبحثه (١٨٩٦)

أنه لن يصنف تناذرات بعد اليوم ، بل هو سيعمد إلى تصنيف الأمراض اعتماداً على اسس ظهور وتطور ونهايات هذه الامراض .

من جهة يعلن نومبور NOMBOUR (في المؤتمر الأول للرابطة الأوروبية للطب النفسي . ستراسبورغ ١٩٨٤) أن جاسبرز (JASPERS) هو أحد آباء الطب النفسي في التفهم» ، فحسب جاسبرز فإن الاصابات النفسية تتسق فوق بعضها البعض على شكل طبقات يؤلف الأعمق منها الاضطرابات العضوية - النفسية ، ويأتي بعدها من الأعمق إلى السطحي :

- الفصام
- الذهان المزاجي
- اضطرابات الشخصية
- العصاب

ويتابع أن لكل طبقة أعمق امكانية انتاج اضطرابات الطبقة الأقل عمقاً . إلا أن العكس ليس صحيحاً ، وعليه فإن المفصوم يمكنه أن يظهر اضطرابات مزاجية عصابية في حين أن العصابي لا يمكن أن يصاب بالفصام* .

كما كان لـِ كورت شنايدر (K. SCHNEIDER) دوره في تقديم معونة مهمة في محاولات تصنيف الأمراض النفسية وتعريفها . فهو قد أعطى تحديداً لتصور الاعتلال النفسي بحيث يميز ، من حيث الطبيعة ، بين الذهان من جهة ، وبين العصاب والانحرافات الجنسية من جهة أخرى .

أما سيغموند فرويد(S. FREUD) فهو يقر بقلة خبرته في مادة الذهان . وهو يدعونا للابتعاد عن العقائدية في هذا المجال ! . وخطوته نحو الذهان هي في الأساس تشبيهية ، مما يظهر النقص الذي يعانيه التحليل النفسي والمتمثل بعدم ملكيته لنظرية حقيقية للوجدان ، يظهر خلالها الشعور بالعزلة عن العالم الخارجي إلى جانب القلق والغضب والخجل .

(*) لا بد لنا من الاشارة إلى الحالات الفصامية التي تتبدى في البداية بشكل عصابي (غالباً قهري) حيث تطرح هذه البداية صعوبات تشخيصية عديدة . راجع بدايات مرض الفصام في ملف الفصام . الثقافة النفسية العدد الرابع ، تشرين أول ١٩٩٠، - المحرر .

وهناك في الجسم التحليلي ، فكرة خفية مفادها ، أن هناك طاقة للاستجابة ذات الطابع الذهاني ، وهي ناتجة عن وقف توظيف العالم الخارجي الذي يؤدي بالمريض إلى التركيز على ذاته . وفي المقابل ، يؤكد كرابلن على أنه : «لا يمكن تفهم الاضطرابات الذهانية بالاستناد إلى الأخرى ، فهي ممكنة الفهم بالمقارنة مع هذه الطبيعة ، حيث إنها تظهر كتنويع بسيط لهذه الطبيعة» . ولقد صار من الممكن في فرنسا اعتماد تبويب يستند إلى النظريات النفسية الدينامية ، وذلك مع الموافقة المسبقة على الاختلاف في تطبيقات هذه النظريات . فالتبويب يتجه نحو الناحية السريرية (العيادية) والبحث الأساسي . أما التقنيات النفسية الدينامية ، فهي تتجه إلى الناحية العلاجية ، حيث لا يدخل التصنيف والتبويب بصورة عملية .

أما في أميركا ، فان تصنيف الجمعية الاميركية للطب النفسي (D. S. M. III) هو مختصر تشخيصي واحصائي للاضطرابات النفسية . وهو يعرض الوصف السريري لانطوائية الأطفال ، كما يلي : ان هذه الانطوائية هي أساساً نقص في الاستجابة للغير وخلل مهم في التصرفات في مقابل عناصر عديدة في المحيط ، حيث تنمو جميع هذه الدلائل خلال الثلاثين شهراً الأولى من حياة الطفل .

ليس لدى هؤلاء الأطفال ، بشكل عام ، أي ردود فعل عاطفية أمام أي فرد . مع انعدام أي ايماء يعبر عن الرضى ، أو عن عدمه ، شكل متناسب مع الظروف ، ومع انسحاب مبالغ داخل عالم مغلق وغير مفهوم . كما يعجب الانطوائي بالنشاطات الترددادية الذاتية الغُلمية، كمثلٍ أرجحة الجسد والحركات غير الهادفة، وهو ينبهر انبهاراً حقيقياً أمام حركات الأيدي التي تشبه حركات المهرجين . فإذا ما تكلم هذا الطفل ، نجد أن له اشكالاً لغوية خاصة به ، كمثل الصداء اللفظي (ECHOLALIE) المباشر أو المتأخر ، ولغة الاستعارة وعكس الضمير مع استعمال ضمير (أنت) مكان (أنا) اضافة إلى حبسة (APHASIE) اسمية وإنعدام القدرة على استخدام دلالية مجردة . كما يحدد التصنيف الاميركي معياراً تصنيفياً ايجابياً آخر ، وهو الاجابات الغريبة ، وغير المتلائمة ، أمام عوامل المحيط ، إضافة إلى ردود فعل كارثية (كأن مصيبة قد حصلت) أمام أحداث قليلة الأهمية ، مثل انفجار غضبه وصراخه مع عدم امكانية استرضائه لمجرد قيام أحدهم بتحريك احدى لعبه . . كما نلاحظ لديه تقلب المزاج ، بحيث يتعاقب ضحكه وبكاؤه بصورة غير مبررة . وفي تلك العوارض تدخل العوارض ذات الطابع الذهاني . ان

تشخيص الانطواء ، المعتمد من جهة على وجود العوارض السالفة الذكر ، يعتمد من جهة أخرى على عدم وجود هذيان أو هلوسة أو انحلال في تداعي الأفكار أو مظاهر لا ترابطية (تفككية) كما في حالات الفصام . أمام هؤلاء المرضى ، الذين يشكون من اضطرابات في تصرفاتهم مع شراسة وإيذاء الذات ، واضطرابات التعلم والسلوك الاجتماعي ، نحاول دعمهم لتنمية قدراتهم الاجتماعية والاتصالية ، ونأخذهم على عاتقنا لتقويم اضطراباتهم اللفظية والنفسية - الحركية ، والتمسك بانخراطهم في المحيط العائلي . من دون أن يلجأوا لوضعهم في محيط العلاج النفسي وعزلهم عن عائلاتهم .

فيما يلي ، سنحاول من خلال استعراضنا للحالة السريرية لباتريك ، تحديد المصادفات والصعوبات التي تعترض علاج هذه الحالات . كما سنعرض أيضاً للنجاحات النسبية لعلاج هذه الحالة الانطوائية الغريبة عن عالمنا وعن لغتنا وعن فكرنا .

حالة باتريك :

باتريك ، هو الطفل الوحيد لأم انجبته وهي في الواحدة والأربعين . وأتت هذه الولادة بعد ثماني عشرة سنة من زواج أهله الذين فقدوا الأمل بالانجاب قبل ولادته بفترة طويلة . وكان الحمل طبيعياً ، وتمت الولادة بواسطة عملية قيصرية عن عمر ثمانية أشهر وثمانية أيام من الحمل . وكان وزنه عند الولادة ٢٣٢٥ غراماً ، وهو صرخ مباشرة . ووضع مع الخدج لمدة أشهر من بينها عشرة أيام في الحاضنة . كان الوالدان كلاهما يعملان في سلاح الجو في قاعدة «لاندي فيزيو» عندما ولد باتريك . وأصل أمه من «الكوت دارمور» أما الأب فأصله من مدينة ليون . ولقد اهتمت السيدة دوما بباتريك حتى بلوغه الأربعة أشهر ثم عادت إلى عملها . وهي تذكر بأنه كان يشكو من اتصال مائع قليلاً . إذ لم يكن لديه أي اضطراب عضوي ، وقد تم نمو باتريك من دون مشاكل ظاهرة .

بعد أن حضنته امه في الأشهر الأربعة الأولى ، سلم باتريك إلى حاضنته الأولى لغاية بلوغه عمر السنة ، ثم انتقل لحاضنته الثانية (بسبب عمل الأولى) حتى عمر عشرين شهراً وقد تمكن من المشي وبداية اللغة خلال عامه الثاني . ولكنه وفي شهره الثامن عشر أظهر عارضاً تقهقرياً ضخماً ، مع خسارة كاملة للكسب اللغوي ، اضافة الى اضطرابات سلوكية على أصعدة الطبع والتصرف والأكل . ويرد الأهل هذا التقهقر إلى مشاهد عنف

حصلت بين الحاضنة وبين زوجها السكير أمام باتريك . بعد ذلك بقليل ، تركت الحاضنة عملها فعهد بباتريك إلى حاضنة ثالثة حتى عمر الست سنوات . وإبان سنته الرابعة جرت محاولة فاشلة للتعليم في الحضانة . إذ كان الطفل ، لا مبالياً تماماً ، وعازفاً عن اللعب مع أقرانه ، إضافة الى انعدام اهتمامه لنشاطات الصف . وفي صيف تلك السنة ، أدخل باتريك لمدة اسبوع الى مستشفى موروليكس بسبب الظن بكونه ذهانياً . ثم اعيد الى المستشفى نفسه في سن السادسة ، حيث تأكد تشخيصه كذهاني . وقد دام استشفاءه من ٤ حزيران ١٩٧٣ حتى ١٤ شباط ١٩٧٤ . وبما أنه لا يوجد مستشفى نهاري في المنطقة ، فقد طلب الأهل تحويل عملهم إلى باريس ، حيث استقبل باتريك في المستشفى النهاري لمركز «اندريه هايم» ، وذلك منذ حزيران ١٩٧٤ وحتى آذار ١٩٧٦ .

ولقد تمت متابعة الطفل بالعلاج النفسي في هذا المركز ، ويبدو أن هذا الأخذ على العاتق ، قد حسن المظاهر السريرية للانطواء العميق الظاهر في البداية . ولكن اغلاق المركز الباريسي أجبر الأهل على نقل عملهم إلى لاندي فيزيو . وكان ذلك في آذار ١٩٧٦ . وإلى أن تم ادخاله الى مستشفى بوهار النهاري ، كان باتريك في عهدة حاضنته القديمة لغاية تشرين الثاني ١٩٧٧ وقت قبوله في بوهار ، وفي تلك الفترة كان الطفل على علاقة قلقة جداً مع أمه وعلى علاقة أفضل مع والده . ولوحظت لديه خصوصاً غرابة التصرف ، ونمطية حركية تكرارية ، وعدم التمكن من اقامة علاقة مع بقية أطفال المجموعة العلاجية التي ينتمي إليها . وباستثناء الاندفاعات ، ورمي الحصى والتراب ، فقد كان باتريك يتقبل النشاطات المتعددة ولكن بشكل سلبي . وهذه السلبية تلتقي مع نفس التصرف في المنزل . وهو ما يبدو على علاقة بتكيف مفروض من قبل الأم . وكان الطفل يظهر حركات قلقة في أواخر بعد الظهر ، إبان عودته إلى المنزل . وبدا أن هذا الموقف ، هو ردة فعل للتصرف المرضي للأم ، التي كانت متناقضة تماماً تجاه ابنها الذي ولد بعد ١٨ سنة من الزواج ولم تكن تنتظره ، بينما يقول الأب انه كان ينتظر هذه الولادة بكثير من الرضى .

وبمساعدة العلاج في المستشفى النهاري ، تمكن باتريك من تحقيق نمو مرض جداً ، سواء على صعيد الاكتساب اللغوي والحركي ، أو على صعيد الاتصال . وقد أظهرت المقابلات مع الأهل ، أن الأب كان ينظر لباتريك على أنه رفيق صغير ، ولم يكن يعطي لنفسه حق التدخل في العلاقة بين الام وطفلها .

ثم قبل باتريك في مؤسسة طبية تربوية ، ولكن أهله سحبوه منها بعد سنوات

بسبب أزمة علاقة بين الأهل وبين موظفي المؤسسة . ويزعم الأهل أن الموظفين العاملين مع باتريك لم يعودوا يهتمون به ، وأصبحوا يلجأون إلى زيادة كمية الأدوية التي يعطونها له ، حتى بدا شاحباً وجامداً ومريضاً جداً . وبعد سحبه من المؤسسة ، تقدم الكسب اللغوي لديه ، وهو تقدم يؤكده المقوم اللفظي الذي يتابعه في المركز التربوي . ولكنه ، كان في بعض الأوقات ، كثير الهيجان ، ويشكو من اضطراب هام في نومه . ثم تلا ذلك دخول باتريك إلى مستشفى بوهار (تموز ١٩٩٠) بسبب عودة ظهور عوارض المعارضة السلبية والشراسة ضد الذات وضد الغير ، اضافة إلى سلس البول ، ومجموعة عوارض كانت قد اختفت منذ أمد بعيد . وفي تلك الفترة ، كان الاتصال معه صعباً ، وكان يرفض كل اتصال جسدي . كما لوحظ لديه صداء لفظي ، وسلس البول ، واضطرابات السلوك التي تسبب له مشاكل داخل القسم ،وبخاصة حركاته الاندفاعية مع تكسير الصحون ، والنمطية الحركية (+ +) ، أرجحة رجل على الأخرى . . الخ . ثم تجاوب تدريجياً حتى قبل الاتصال الجسدي (حمام، تمشيط . . . الخ) وبشكل موازٍ تراجعت تصرفاته الشرسة والاندفاعية ، فتوصل الى مشاركة في عدة نشاطات (نزهات وغيرها) من دون أية مشاكل خاصة . ولقد لاحظ الأهل استمرار بعض اضطرابات التصرف لدى ابنهم ، في المنزل ، كمثل بقاء المعارضة السلبية (رفض الأكل والتغسيل . . الخ) . مما جعلهما قلقين على باتريك ودفعهما لاحاطته بحامية زائدة . لذا نصحنا الأهل بتحويله الى مركز للانطوائيين ، ولكنهما كانا خائفين من احتمال تقهقر صحته في هذا المركز ، وتمنيا بقاءه في المستشفى النهاري لمدة سنتين (لغاية افتتاح مأوى بريست (Brest) . ولكن التحسن الهام الذي سجله باتريك على صعيد التصرفات (بعد علاجه بالـ(Tegretol) جعلنا نخضعه لفترة استشفاء نهاري مدتها شهر واحد (٣/ ٩/ ٩٠ حتى ٥/ ١١/ ٩٠) ، ثم خرج من الاستشفاء النهاري ليلقى عناية خارجية في التقويم اللفظي ، مع علاج دوائي قوامه : ١) Tegretol ٣ حبات يومياً) و ٢) Neosynephrine (,٥ . ٣ مرات) .

منذ ذلك الحين ، يعيش باتريك مع أهله في المنزل ،ويخضع لجلسة علاج نفسي اسبوعية تعتمد الرسم كوسيلة للتعبير والاتصال . ولقد مكنه هذا العلاج من تحقيق قدر أكبر من الاستقلالية الاجتماعية ، واقامة علاقات عبر انسانية ، وكانت بداية هذا العلاج تمثل نوعاً من الاعتداء بالنسبة لباتريك الذي كان يبدو بعيداً ، ويحول نظره عن مخاطبيه ويرفض مسك قلم الرسم ، ويبدو متوثباً لاظهار شراسته ضد الغير . ولكن على الرغم

من هذه اللوحة العيادية الصعبة ، فقد تم التوصل إلى عامل ايجابي ، حيث اقتنع باتريك بحضور جلسة اسبوعية تعتمد على الرسم ومدتها ٤٥ دقيقة . يرسم باتريك خلالها بسرور وبكل طيبة خاطر . هذا وقد اضمحلت اضطراباته السلوكية في المنزل . كما أنه حقق تقدماً على الصعيد النفسي- الحركي (من خلال المعالجة الفيزيائية) كما أن الممرضة تزوره في منزله مرتين يومياً ، من أجل المحافظة على نظافته وإعطائه الدواء . وهذا النوع من الرعاية الخارجية ، هو الأكثر جاذبية وتلاؤماً مع العلاج الطويل الأمد لهذه الحالات .

المراجع

1 - D S M III. Mauel diagnodtic et statistiques des troubles mentales, 1983, ed. Masson Paris.

2 - Maleval J. C: A la recherche du concept de psychose, Information psychiatrique 1980 . 56 .6: 689 - 708 .

3 - Minuchins: Familles en theralie, 1974, P. V. F. - Paris.

4 - E. Schoplen, G. B. M. C sibon: Autisme in Adolescent and adulte New York - plenum, 1983 .

٤ - بحوث في الطب النفسي للأطفال المراهقين

ترجمة محمد بدوي

العوامل النفسية - الاجتماعية المؤثرة في نمو الأطفال والمراهقين

تتفق المدارس على أهمية التربية ، وعلى دور العوامل النفسية - الاجتماعية في التوازن النفسي للأطفال والمراهقين . والعلماء لا يزالون يتتبعون هذه العوامل ، ويدرسون تأثيراتها على التوازن النفسي ، وعلى الصحة العقلية بشكل عام . ولقد خصص المؤتمر جلسته الثالثة عشر لهذا الموضوع ، فكانت الأبحاث التي نعرض ملخصاتها تالياً وهي :

١ - استجابات المراهقين للضغوطات اليومية Schamborzki . كندا .

تابعنا خلال دارستنا هذه ٩٥ مراهقاً في الصف التاسع . وحللنا طرائقهم في مقاومة ضغوطات يومية محدودة . وذلك من خلال النظرية - المعرفية الظواهرية للشدة النفسية . هذه النظرية ، المتعلقة بالشدة النفسية ، والتي طورها Lazarus ومعاونوه .

خلال هذه الدراسة ، استعملنا أربعة طرائق من البحث لثلاث مرات متوالية ، خلال فترة ٥-٦ أسابيع . والطرائق المستعملة هي التالية :

(أ) برنامج المقابلة نصف الإنبنائي- Structured Intervirw schedule Semi .

(ب) لائحة طرائق المقاومة . Copoing checklist. Was of .

(ج) موازين المشاحنات والانماطات اليومية . Daily Hanles and Uplifts Scales

(د) لائحة عوارض هوبكينز . Symptoms Checklist Hopkins

هذا ، وأشارت نتائج دراستنا إلى أن المشاحنات والانهاضات ، التي يبلغ عنها أكثر من سواها ، هي تلك التي تتناسب مع سن ومستوى نضج المراهقين موضوع الدراسة . وقد تركزت هموم هؤلاء المراهقين الرئيسة حول الأحداث الصغيرة المتكررة ، والمزمنة

والمرتبطة بنشاطات الحياة اليومية لهؤلاء المراهقين . كما كانت هذه الهموم (الناجمة أصلاً عن المشاحنات والانهاضات) مرتبطة ببعضها بشكل إيجابي ، وأيضاً كانت مرتبطة بنوعية العوارض وبأسلوب المقاومة . خاصة ، وأن أساليب المقاومة ، كانت مرتبطة إيجابياً بالعوارض .

ولقد أظهرت دراستنا الفوارق التالية :

(أ) بالنسبة للجنس ؛ فإن الإناث يسجلن انهاضات أكثر حدة من انهاضات الذكور ، كما يسجلن مستوىً أعلى بالنسبة للعوارض .

(ب) مع مرور الزمن ، كانت سبل المقاومة تنخفض مع زيادة اللجوء إلى حل المشاكل والتحكم في العواطف .

(ج) إن هنالك فوارق ملحوظة في أساليب مقاومة الضغوطات ، وذلك حسب الانتماء الثقافي - اللغوي .

٢ - علاقة الأهل بالأطفال وتأثيرها في الصحة العقلية Firmiono و Vaz Serrà - البرتغال .

في اعتبارنا أن العقلية هي نتاج تأثير متغيرات عديدة . ومن بين هذه المتغيرات العلاقة الخاصة بين الأهل والأطفال ، وكذلك النظرة إلى الذات ، واستراتيجيات دفاع الأنا التي يحددها النضج الانفعالي والاجتماعي للطفل .

في دراستنا الحالية ، قمنا بمقارنة مئة مريض يعانون من اضطرابات انفعالية ، مع مئتي شخص من السكان العاديين الذين لا يعانون أية اضطرابات نفسية . وفي قياسنا للمتغيرات استخدمنا طرائق البحث التالية :

(أ) قياس الصحة العقلية - SCL 90.

(ب) قياس علاقات الأهل بالأطفال - QRPE (Rastin and Derlez) .

(ج) قياس المسح العيادي للنظرة إلى الذات - CISC .

(د) مسح حل المآزق لقياس أساليب الدفاع عن الذات - PRI .

وقد أثبتت نتائج هذه الدراسة بمجملها ، وجود علاقة واضحة بين هذه المتغيرات . حيث ثبت أن أساليب هي الدفاع أفضل العوامل للاستناد إليه في تبين مستقبل الصحة العقلية . ومن خلال مقارنة مجموعة المرضى مع الناس العاديين ، وجدنا أن المرضى يعانون من :

١ - فقر الجو المنزلي .

٢ - اضطراب العلاقة مع الأهل ، وفقر هذه العلاقة .

٣ - يملكون نظرة أسوأ لذواتهم (ثقة ضعيفة بالنفس) .

٤ - يملكون أساليب دفاع ذاتية سيئة .

٣ - الأحداث الحياتية ، والاضطرابات النفسية الحادة والمزمنة ، لدى الأطفال - Canalda Troro- Vallés - Mena و Marlinez - اسبانيا .

هدفنا من خلال هذه الدراسة إلى تقويم الدور ، الذي تلعبه الأحداث الحياتية في إطلاق الاضطرابات النفسية عند الأطفال . وقد اعتمدنا في هذه الدراسة ميزان الأحداث الحياتية عند الطفل Children's Life Events scale (Canalda, 1981) وقارنا فيها بين ثلاث مجموعات من الأطفال :

١ - الأطفال الذين يعانون من حالات نفسية حادة (عدد المدروسين ٥٣ طفلاً) .

٢ - الأطفال الذين يعانون حالات نفسية مزمنة (عدد المدروسين ١١٢ طفلاً) .

٣ - أطفال أصحاء (عدد المدروسين ١٦٦ طفلاً) .

وكان جميع هؤلاء الأطفال في فئة العمر ٣- ١٢ سنة . وقد تمت مقارنة المجموعات الأساسية بثلاثة مستويات في السن هي : (٣-٥ سنوات) و(٦-٩ سنوات) و (١٠-١٢ سنة) ، وبأربعة أصناف عيادية هي :

١ - اضطراب انفعالي .

٢ - اضطراب سلوكي .

٣ - اضطراب القدرة على التعلم .

٤ - اضطراب نفسي عائد لأسباب بيولوجية .

ولقد أظهرت نتائجنا أن الأطفال المعانين لاضطرابات نفسية حادة ، والذين مروا بأحداث حياتية صعبة في السنة السابقة لظهور الاضطرابات ، هم أكثر من الأطفال المعانين لاضطرابات مزمنة (ممن مروا بظروف حياتية صعبة) ، وبمعنى آخر ، فإن الأحداث الحياتية الصعبة ، هي أكثر تسبباً في الاضطرابات الحادة ، وأقل تأثيراً في أصحاب الحالات المزمنة ، وفي الأصحاء من الأطفال .

وكانت النتائج متماثلة بالنسبة لمختلف فئات العمر ، مما يدفعنا للاستنتاج بأن من شأن الأحداث الحياتية أن تسهم في ترسيخ أو تثبيت الاضطرابات النفسية عند الأطفال . كما بدا لنا أن تأثير هذه الأحداث هو غير محدد بدقة .

٤ - العوامل النفسية لدى الأحداث السجناءMouyas - Aslmakapoulos اليونان

شملت دراستنا كافة الأحداث الوافدين إلى إصلاحية كوتيدالوس منذ ١٥ كانون الأول ١٩٨٨ . وكان هؤلاء ٩٠ شخصاً دون سن الـ ٢١ سنة - كلهم ذكور . ولدى دخولهم ، كانت المرضة تقوم بملء استمارات حول معلومات تتعلق بسير حياتهم ، ومعلومات حول تاريخهم النفسي والشخصي والعائلي ، وحول إساءتهم لاستعمال المواد (الادمان) . كما كنا نطلب من الحدث الإجابة على أسئلة إحصائية (استمارة) حول عوارضه المزاجية . وكانت الممرضة تتم هذه الاستمارة بعد اسبوعين ، ذاكرة فيها ملاحظاتها حول مشاكل الحدث السلوكية . وفي النهاية كان يجري فحص هؤلاء عيادياً على يد طبيب نفسي .

وكانت أهم النتائج التي توصلنا إليها ، هي التالية :

١ - ١٧ حدثاً من أصل ٩٠ كان أحد والديهم مدمناً للكحول .

٢ - ٢٦ حدثاً كان ذووهم منفصلين . ومنهم ٦ فقدوا أحد الوالدين و٥ لا يعرفون آباءهم .

٣ - أبلغ ٢٨ حدثاً عن كونهم مدمنين (إدمان هيروين في ١٣ حالة) .

٤ - كان ٣٧ حدثاً منهم قد زاروا عيادة نفسية ، ومن بين هؤلاء من زار الطبيب النفسي .

٥ - كان ٦٠ منهم يعانون اضطرابات مزاجية مختلفة (٣ منهم كانوا ذهانيين) .
٦ - قام ١١ منهم بمحاولات إيذاء الذات .

○ تعليق

إن دراسة تأثير العوامل النفسية ، والأحداث الحياتية ، على الصحة العقلية تعتبر اليوم ركناً من أركان الطب النفسي المتخصص بالأطفال . ولقد تمت مناقشة هذا الموضوع مفصلاً في جملة دراسات أعدت في نطاق م . د . ن . ونشرت في سلسلة علم نفس الطفل (الصادرة في ٧ أجزاء عن دار النهضة العربية) . لدى مراجعتنا للجزء الخامس من هذه السلسلة «الطب النفسي ودوره في التربية» (ص ١٢٠ - ١٣٥) نجد تصنيفاً للعوامل المشجعة على اضطراب الصحة العقلية للطفل ، على النحو الآتي :

١ - الخلافات الحادة بين الوالدين .
٢ - الطبقات الفقيرة - المعدمة .
٣ - كثرة عدد أفراد العائلة ، والأشخاص الذين يعيشون في كنفها .
٤ - الاضطرابات النفسية لدى الأم .
٥ - انحراف الأب وميله نحو معاداة المجتمع .
٦ - إيداع الطفل ، منذ طفولته المبكرة ، في دور الحضانة أو في المياتم .

وتجدر الإشارة هنا إلى أن الطب النفسي المعاصر ، إذ يسجل ملاحظاته في هذا المجال ، ويخصص قسماً من أبحاثه لهذه العوامل ، فهو إنما يهدف الى ايجاد الجواب للمشكلة التالية : «صحيح أن غالبية الأطفال مضطربي الصحة العقلية أو السلوك ، هم ممن عانوا من بعض هذه العوامل أو كلها . وبالتالي ، فإن لهذه العوامل دوراً ثابتاً في التسبب بهذه الاضطرابات . ولكننا ، ومن جهة أخرى ، نلاحظ أعداداً أكبر من الأطفال المعانين لنفس هذه العوامل ، ومع ذلك يحتفظون بتوازنهم (بعضهم يكونون أخوة للأطفال المرضى) . وهكذا يطرح السؤال : «كيف يستطيع هؤلاء الحفاظ على توازنهم؟» .

إن التوصل للإجابة على هذا السؤال ، يعني أنه سيكون باستطاعة الطب النفسي الوقائي تخفيض عدد الأطفال المضطربين بشكل ملحوظ .

في هذا المجال ننصح بالاطلاع على سلسلة علم نفس الطفل ، حيث نوقشت هذه المشكلة على ضوء دراسات وأبحاث عديدة .

في النهاية ، نستطيع القول بأن المؤتمر لم يقدم إضافة هامة في هذا المجال . فالبروفسور E. James Anthony (مدير معهد أبحاث تطوير الطفل في جامعة سان لويس بواشنطن) ، كان قد نشر دراسة بالغة الأهمية في هذا الموضوع[1] . واحتوت هذه الدراسة على معطيات وافية وموازية (ربما أكثر أهمية) من تلك التي عرضها المؤتمر .

---

(1) الطب النفسي ودوره في التربية ، سلسلة علم نفس الطفل - الجزء الخامس ، دار النهضة العربية ١٩٨٨ .

٥ - العلاج النفسي الدوائي للأطفال والمراهقين

١ - دخول المراهقين إلى المستشفى النفسي Ferrero - Biraud - Tricot -سويسرا

تابعنا خلال فترة امتدت من ٧ إلى ١٠ سنوات المراهقين الداخلين إلى مستشفى جنيف النفسي ، بين عامي ١٩٧٧ و ١٩٨١ ، وكان عدد هؤلاء ١٠٧ مراهقين (بين ١٤ و١٨ سنة) . وبناء على التشخيص النهائي لهذه الحالات قمنا بتقسيمها إلى قسمين :

١ - الذهانيون (٦ ,٣٣٪) وغير الدهانيين (٤ ,٦٦٪) ، وكان تشخيصنا مرتكزاً الى دليل منظمة الصحة العالمية لتشخيص الأمراض (ICD - 9) .

من أصل هؤلاء المرضى ، كان هنالك ٥٠ مراهقاً ممن لم يحتاجوا الى المزيد من المعالجة (٧٤٪ منهم غير ذهانيين) ، كما توفي ١٤ مريضاً (١٣٪) من الـ ١٠٧ مرضى .

من خلال هذه المتابعة ، تمكنا من مراقبة وتحليل العوامل التالية :

١ - تحديد قنوات العلاج الأفضل مع متابعتها ٧ - ١٠ سنوات .

٢ - تحليل عدد من المتغيرات مثل محاولات الانتحار ، وإساءة استعمال الكحول والمخدرات . . . الخ .

٣ - دراسة حيثيات الحالات التي توفي أصحابها .

٤ - كثافة المعالجة وكلفتها (كانت كلفة علاج الذهانيين ٤ أضعاف كلفة علاج غير الذهانيين) .

٥ - دعمت نتائجنا استخدام التشخيص النفسي - المرضي من حيث قدرته على تبيين مستقبل المرضى .

٢ - علاج الإفراط الحركي لدى الأطفال بالليتيوم
Bl eiweis, H- الأرجنتين

عـام ١٩٧٠ ، بدأت دراستنا لحالات الإفـراط الحـركي (Hyperkinesia) المترافق بمظاهر عدوانية مختلفة . وتمت ملاحظة وجود اضطرابات كروموزومية في هذه الحالات ، وربما كانت هذه الاضطرابات ذات علاقة بشدة المظاهر . إذ إقتصر اختبارنا على الأطفال الذين يعانون الإفراط الحركي بصورة شديدة . ومن بين ٣٤ مريضاً ، كان سبعة منهم (٢٠٪) يملكون التركيبة الكروموزومية التالية[1] واحد (47,XXY) وأربعة مرضى (46, XY 47,XY) وواحد (46/45 XY -C)وواحد (46XY / 47XXY) . كما كان أحدهم يعاني من اختفاء الخصيتين (Cryptorchidia) ، وثلاثة يعانون اختفاء خصية واحدة .

كما كان التخطيط الدماغي غير طبيعي في ٤٠٪ من الحالات . وتمت معالجة المرضى بملح الليتيوم (Carbonate Lithium) بجرعة ٢٥ - ١٠٠ مغ ، بالإضافة إلى دواء تيوريدازين بمعدل ٣٠ مغ يومياً . وبعد أسبوع أوقفنا المعالجة بالتيوريدازين واستمرينا بالعلاج في كربونات الليتيوم . وبدأ التحسن بالظهور بعد إسبوعين من بدء العلاج . أما عن نسبة الليتيوم في الدم ، فقد توزعت في ثلاثة أشكال . فلدى بعض المرضى كانت النسبة العلاجية المؤدية للتحسن في حدود ٦ , mEq/ lit٠ ، ولدى مجموعة أخرى كانت النسبة ٦٥ , mEq/ lit٠ ولم تظهر ردود الفعل الجانبية إلا في حالتين وصلت فيهما نسبة الليتيوم في الدم إلى ٨٩ , ٠ و ٠٩ , ١ mEq/lit . ولكن هذه الآثار تراجعت بعد إيقاف العلاج . وانسحب ١٠ مرضى من العلاج لأسباب شخصية مختلفة . أما الباقون فإن ٦ منهم احتاجوا إلى متابعة العلاج بالليتيوم ، واحتاج ١٨ مريضاً إلى جرعة وقائية من الليتيوم بسبب انتكاسهم لدى إيقافه . أما المريض الأخير فهو لا يزال يسجل تحسناً بالرغم من انخفاض مستواه الذهني (ذكاءه) .

هكذا ، فإن معظم المرضى احتاجوا الى العلاج المستمر . وقد تجاوب المرضى الذين لديهم اضطرابات كروموزومية بشكل أسرع . ودراستنا هذه تؤكد على أهمية تحديد التركيب الكروموزومي لدى الأطفال ، زائدي الحركة ، لأن من شأن هذا التحديد أن يساعد في تقرير علاجهم .

---

(١) التركيب الكروموزولي الطبيعي هو التالي : ٢٢ زوجاً X زوج الكروموزمات الجنسية أي أن العدد الاجمالي للكروموزمات هو ٤٦ كروموزوماً .

٣ - الأثر العلاجي لـRTHBP[1] في حالات العزلة الطفولية

H. Naruse وزملاؤه - اليابان

أشارت الأبحاث إلى تغيرات كيميائية لدى الأطفال المعانين لـ «العزلة الطفولية»[2] . وعلى هذا الأساس ، قمنا بدراسة الأثر العيادي لمادة RTHBP في علاج هذه الحالة . وقد قامت شركة Stuntory Ltd بتقديم هذه المادة .

خلال هذه الدراسة ، عمدنا إلى تقويم العوارض العيادية ، والتغيرات السلوكية (غير الطبيعية) ، باستخدام ميزان «معيار السلوك غير الطبيعي لدى الطفل»[3] .

ولقد أثبتت الدراسة الأولية (المجراة على ١٧ مريضاً) فعالية هذه المادة في علاج العزلة الطفولية . وعلى هذا الأساس تم إجراء تجربة عشوائية استخدمت فيها المادة والدواء الخادع (بهدف التأكد من دلالات تأثير هذه المادة وفعاليتها) . وتناولت هذه التجربة ٨٤ مريضاً وزعوا على أربع مجموعات . وأظهر مقياس التحسن العام (General improvement Rating) تقدماً ملحوظاً لدى المرضى المعالجين بـ RTHBP قياساً إلى المعالجين بالدواء الخادع . وذلك بعد ١٢ أسبوعاً على بداية العلاج . ولوحظ بشكل خاص أن مقدار التحسن ، في مجموعة الأطفال دون الخامسة ، كان أكبر بمقدار مهم في نهاية الأسبوع الثامن للعلاج . وكانت أبرز نواحي التحسن تلك التي طاولت المظاهر الانعزالية .

أما تجربتنا التالية ، فقد كانت بمثابة اختبار عيادي مفتوح ، تناول ٩٩ مريضاً موزعين على ست مجموعات (٧٩ ذكراً و ٢٠ أنثى) . وأعطي هؤلاء المرضى مادة RTHBP وتوبعوا لمدة ٣٢٤ أسبوعاً . وكانت النتيجة ملاحظة تحسن محدود في أكثر من نصف الحالات . كما إننا لم نلاحظ أية استجابة معاكسة في كلتي التجربتين .

---

(١) RTHBP وهو دواء تركيبه الكيمائي Tetrahydrobiopterin وهذه المادة غير مسوقة بعد .

(٢) يعتبرها البعض شيزوفرانيا أو فصام الطفل .- (Autisme) ، انظر الفصل السادس ، ص ١٧٠ ،

(٣) Rating Scale for Abnornal Behavior in children .

٤ - دراسة متابعة لمدة سنتين لأطفال معالجين بالـ Ritalin .

Houshang - hamadani

تشير الأبحاث إلى استخدام مادة الريتالين لتخفيض النشاط الفائق الحد (Hyperactivity) ، ولزيادة مستوى الانتباه وتحسين السلوك المضطرب . وقد تناولت دراستنا هذه مجموعتين من الأطفال . إحداهما ريفية والأخرى مدينية . وتم استخدام الريتالين في المجموعتين ، وذلك لمدة تزيد على السنتين . بعد هذا العلاج ، قمنا بإجراء تقويم منتظم للتعديلات الأكاديمية والاجتماعية وكذلك النفسية . وتفيد معطياتنا أن الدواء كان فاعلاً في تحسين الانتباه والأداء المدرسي بغض النظر عن البيئة . كما أظهرت المعطيات عدم استجابة الاضطرابات النفسية والسلوكية لهذا العلاج إذا كانت هذه الاضطرابات عائدة بدورها إلى نقص الانتباه . كما يبدو أن العوامل البيئية ومواقف الأهل هي عناصر مهمة في تحسين سلوك هؤلاء الأطفال ، كما استنتجت الدراسة أن مدى التحسن العيادي لم يكن مرتبطاً مباشرة بجرعة الدواء .

٥ - دراسة مفتوحة حول علاج اضطراب نقص الانتباه والهياج الحركي [(١)]

Shekim, W. ومشاركية - قطر

يعتمد أن الأدوية المثيرة نفسياً مثل - phenidate - d'amphetamine methyl هي أكثر العلاجات فعالية في حالات الأطفال والمراهقين البالغين المعانين للـ ADHD «انخفاض الانتباه المترافق مع الهياج الحركي» . فهذه المواد تفعل الدوبامين (DA) والنورادرينالين (NE) عند شق المشبك العصبي .

إلا أن استخدام هذه المواد لا يخلو من الآثار الجانبية المتسببة بالجدل . وبهذا تطرح الحاجة إلى علاجات أحدث وأفضل وأكثر أماناً (أقل آثاراً جانبية) .

في هذا المجـال طرح دواء الـ (SAM) أي الـ S-Adenosyl-L- Methionime . وهو الشكل الفاعل لمادة الـ Methionine [(٢)] التي تلعب أدواراً عدة في عمليات التوازن الأيضي ، والتي تمارس مفعولاً مدعماً لمستقبلات بيتا ولمستقبلات الدوبامين .

---

(١) Ritalin : وهو أحد الأسماء التجارية التي تسوق فيها مادةMethylphenidate .

(٢) Attention Deficit-Hyperactivity Disorder واختصاراًADHD .

بناءً على هذا الطرح ، قمنا باستخدام الـ (SAM) في علاج المرضى المشخصين ADHD وذلك في إطار دراسة مفتوحة استمرت أربعة أسابيع . وذلك بغية تحري فاعلية الدواء وآثاره الجانبية (لتحديد مقدار الأمان) .

هذا ، وتكشف المعطيات الأولية أن ١٥٪ من المرضى قد تحسنوا عن طريق استعماله . كما تشير هذه المعطيات إلى كونه دواءً آمناً . ثم تمت دراسة العمل التشخيصي وآثار الـ SAM على مقاييس الانتباه والهياج والنزف والمزاج . كما تمت دراسة الإجراءات المخبرية .

---

(٨) Methionine هي أحد الحوامض الأمينية وهي تلعب دوراً في بعض الاضطرابات العقلية – الطفولية العائدة لأسباب أيضية ، في حالة الـ Hmocistinuria مثلاً يكون هنالك عائق يحول دون تحول الـ Cidtoima إلى Metionine مما يؤدي إلى ظهوره الأولى في البول وانخفاض نسبة الثانية .- المحرر .

نبذة عن المحرر

محمد أحمد النابلسي

مواليد طرابلس - لبنان ١٩٥٤

دكتوراة الطب العام - جامعة كرايوفا

اختصاص الطب النفسي - جامعة بودابست

دكتوراة الطب النفسي - جامعة بودابست

حائز درجة الاستاذية في العلاج النفسي

رئيس مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية

رئيس تحرير مجلة الثقافة النفسية

مؤسس ورئيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية

أستاذ غير متفرغ في الجامعة اللبنانية

أستاذ مشرف في جامعة بودابست

عضو شرف محلف في معهد الطب الجنسي - باريس

عضو المكتب الاقليمي للاتحاد العالمي للصحة النفسية

نائب رئيس الجمعية الاسلامة العالمية للصحة النفسية

مشرف على سلسلة كتب الثقافة النفسية

عضو الجمعية الدولية للتصوير العصبي

عضو عدد من الجمعيات الدولية والمحلية

له مجموعة من المؤلفات المنشورة

له أبحاث ومقالات منشورة بلغات مختلفة

شارك في مؤتمرات عديدة

رئيس مؤتمر «نحو علم نفس عربي»

رئيس مؤتمر «مدخل إلى علم نفس عربي»

الفهرست


ISBN 1-55206-054-3
9 781552 060543